ELIANE AMANDA SIMÕES | HISSACHI TSUJI

EDUCAÇÃO PERMANENTE E APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Potencialidades na gestão em Saúde

Atena Editora
Ano 2023

ELIANE AMANDA SIMÕES | HISSACHI TSUJI

EDUCAÇÃO PERMANENTE E APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Potencialidades na gestão em Saúde

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Educação permanente e aprendizagem baseada em problemas – Potencialidades na gestão em saúde

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Autores: Eliane Amanda Simões
Hissachi Tsuji

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S593 Simões, Eliane Amanda
Educação permanente e aprendizagem baseada em problemas – Potencialidades na gestão em saúde / Eliane Amanda Simões, Hissachi Tsuji. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1223-6
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.236233103

1. Educação. 2. Aprendizagem. I. Simões, Eliane Amanda. II. Tsuji, Hissachi. III. Título.

CDD 370

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

À Deus, meu tudo,

À minha mãe, meu exemplo de mulher,

Aos meus filhos João Felipe e Otávio Augusto, amores incondicionais.

“Se fosse ensinar a uma criança a beleza da música não começaria com partituras, notas e pautas. Ouviríamos juntos as melodias mais gostosas e lhe contaria sobre os instrumentos que fazem a música.

Aí, encantada com a beleza da música, ela mesma me pediria que lhe ensinasse o mistério daquelas bolinhas pretas escritas sobre cinco linhas. Porque as bolinhas pretas e as cinco linhas são apenas ferramentas para a produção da beleza musical. A experiência da beleza tem de vir antes.”

Rubem Alves

PREFÁCIO

Os conhecimentos científicos na área da saúde, principalmente depois da 2ª. guerra mundial, vêm crescendo em progressão geométrica. Cerca de 50% dos conhecimentos aprendidos nas escolas são questionados ou substituídos em 4 a 5 anos. Isso significa que os profissionais precisam continuar se atualizando ao longo da vida. Caso contrário em pouco tempo tornar-se-ão profissionais desatualizados.

A Educação Continuada (EC) foi introduzida no SUS, em 1978, segundo pedagogia tradicional, para garantir a atualização dos servidores de diferentes setores do serviço de saúde, porém não atendeu as expectativas.

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (2004) e atualização das DCN do curso de Medicina (2014) foram introduzidas expressões como: currículo integrado, competência profissional, processo de ensino e aprendizagem ativo, integração das dimensões biológica, psicológica e social, humanização, necessidades de saúde, integralidade do cuidado, clínica e saúde ampliadas, e escuta atenta.

Em 2007, o Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que recomenda a utilização da Educação Permanente (EP) fundamentada nos princípios educacionais do construtivismo, em substituição à EC.

Entretanto, até hoje a PNPES, PNH do SUS e DCN não produziram os efeitos esperados.

Esta pesquisa revelou que as principais fragilidades das diferentes Políticas implementadas pelos Ministérios da Saúde e de Educação residem na falta de especificação dos significados das expressões utilizadas. Os profissionais de saúde não têm formação em Pedagogia e Didática. Daí a preocupação dos autores em definir/conceituar/esclarecer as expressões introduzidas pelos Ministérios e utilizadas neste trabalho. Na ótica dos autores, é a principal contribuição para os interessados na utilização da EP.

Hissachi Tsuji
Médico endocrinologista
Mestre e doutor em Metabolismo e Nutrição pela Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).
Mestre em Medicina Baseada em Evidência pela Fundação Cochrane (Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina).
Docente da Faculdade de Medicina de Marília.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
NS	Necessidades de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: A qualidade da assistência em saúde é constatada pela competência dos profissionais no atendimento às necessidades de saúde do indivíduo ou coletividade. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde visa à transformação da práxis a partir da reflexão dos problemas do cotidiano, problematizando o fazer e favorecendo a construção do conhecimento. O entendimento por parte dos profissionais de saúde sobre as potencialidades da Educação Permanente é primordial para a sua implementação nos serviços de saúde. A Aprendizagem Baseada em Problemas centrada no aprendiz se mostra como o recurso adequado para formar os profissionais, pois propicia a aprendizagem significativa. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos profissionais de saúde de uma Santa Casa do interior do Estado de São Paulo sobre a necessidade da implantação da Educação Permanente para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. **Método:** Foi realizado um estudo de caso, por meio de entrevistas semiestruturadas, com os profissionais que atuam no referido hospital. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin. A análise permitiu a construção de três categorias sendo: 1) Desconhecimento de referenciais vigentes de excelência, qualidade, Educação Continuada e Educação Permanente, 2) Reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional e 3) Dificuldades no estabelecimento de estratégias para obtenção da melhoria da qualidade assistencial. **Resultados:** Os resultados demonstraram que os profissionais desconhecem os principais fundamentos e pressupostos vigentes na saúde, como excelência, qualidade, Educação Continuada e Permanente. A compreensão parcial pode ser fator limitante na implantação da Educação Permanente, ferramenta com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

PALAVRAS-CHAVE: Educação. Educação permanente. Aprendizagem baseada em problemas. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Introduction: The quality in health assistance is found by the competence of professionals in meeting the health needs of the individual or collectivity. The National Policy of Permanent Education in Health aims at the transformation of praxis from the reflection of daily problems, problematizing the action and favoring knowledge construction. The understanding from health professionals about the capability of Permanent Education is essential for its implementation in health services. Problem Based Learning centered in the learner has shown to be an appropriate resource to build professionals since it provides meaningful learning. **Purpose:** The purpose of this research is to understand the health professionals' perception of a Santa Casa in the interior of the State of São Paulo about the need of implementing Permanent Education to improve the quality in health assistance. **Method:** A case study has been conducted, through semi-structured interviews, with professionals who perform in the referred hospital. For the data analysis a content analysis technique was used, thematic mode, proposed by Bardin. The analysis allowed the construction of three categories as follows: 1) Unawareness of actual references of excellence, quality, Continued Education and Permanent Education, 2) Recognition of the importance of the multiprofessional work and 3) Difficulties in establishing strategies to obtain improvement in assistance quality. **Results:** The results have shown that professionals are unaware of the main foundations and actual presuppositions in health, such as excellence, quality, Continuing and Permanent Education. The partial comprehension may be a limiting factor in implementing Permanent Education, a tool with potential to improve the quality of services provided to the population.

KEYWORDS: Education. Permanent Education. Problem Based Learning. Quality in health assistance.

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea é marcada por inúmeras transformações como as novas tecnologias e a veloz disseminação da informação. Há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais.[1]

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.[1]

Impulsionados pelos Ministérios da Saúde (Sistema Único de Saúde - SUS)[2] e Educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[3], a Educação em Saúde está em transformação nos cursos de graduação e no mercado de trabalho.[4]

Após a 2ª guerra mundial a ciência evoluiu rapidamente. Os conhecimentos científicos são produzidos em progressão geométrica. Cerca de 50% daquilo que é ensinado hoje serão questionados ou substituídos por outras teorias em 4 a 5 anos.[5] Anualmente são publicados, nos periódicos da área biomédica, milhares de trabalhos. Desses, somente 1% preenche os critérios metodológicos recomendados, mesmo aqueles publicados em revistas de "qualidade".[6]

A criação de uma equipe de profissionais da área da saúde se apresenta como um desafio que perpassa as definições políticas e as práticas institucionais para atender às expectativas na qualidade do atendimento à população[7]. A Educação Continuada surgiu nesse cenário com o intuito de atualizar os profissionais de saúde.

Em 1978, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) conceitua a Educação Continuada (EC) como um "processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais".[8]

A Educação Continuada, pautada na transmissão de conhecimentos, se mostrou insuficiente para suprir a necessidade do mercado e a produção de conhecimentos novos em progressão geométrica, uma vez que não proporciona reflexão crítica da práxis. Esta foi muito utilizada na área da saúde, porém sua inadequação e a qualidade dos profissionais foram pauta nas discussões entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e OPAS na década de 80 do século passado, sinalizando a Educação Permanente (EP) como possibilidade para melhoria na formação profissional.

O enfoque da Educação Permanente em Saúde (EPS) representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos profissionais. Ela é implementada seguindo os princípios educacionais do construtivismo, onde o conhecimento é gerado a

partir da interação do sujeito com seu meio, considerando o seu conhecimento prévio.

Apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), publicada em 2007 pelo Ministério da Saúde[9], observa-se que a qualificação profissional em hospitais ainda admite os moldes tradicionais de formação.

A instituição hospitalar onde a pesquisa foi desenvolvida é referência regional em atenção à saúde na média e alta complexidade. É um hospital de grande porte, de nível terciário, com 210 leitos de internação e atendimento ambulatorial, que atende uma população estimada em 1200.000 pessoas. É referência para o SUS em especialidades e procedimentos de alta complexidade como terapia renal substitutiva, transplante renal, cirurgia cardíaca e hemodinâmica, oncologia clínica e cirúrgica, quimioterapia, cirurgia ortopédica, pediátrica e neurocirurgia. Oferece serviços de angiografia digital, endoscopia, oxigenioterapia hiperbárica, UTI adulto, infantil e neonatal, unidade de tratamento de queimados e unidade de recuperação cardíaca. O corpo clínico é composto por 370 médicos de várias especialidades e possui um contingente de aproximadamente 1000 colaboradores entre as áreas administrativa, técnica e apoio.

Durante o percurso do Planejamento Estratégico, construiu-se uma estrutura estratégica no sentido de envolver as lideranças representativas das diferentes equipes multiprofissionais, técnicas, administrativas e de apoio, conhecida como Colegiado. O Colegiado é uma instância que a cada quinze dias reúne encarregados e gerentes de todos os setores, onde planos específicos são propostos e discutidos. Atualmente o hospital se encontra num processo de reorganização institucional para a obtenção da certificação de excelência na qualidade participando do Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH.

O CQH é um programa de adesão voluntária cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Ele estimula a participação e a auto avaliação e possui um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e comportamentos.

A EC tem sido a estratégia utilizada para capacitação dos profissionais no âmbito desta instituição. Porém, o CQH sugere uma mudança cultural, de atitudes e comportamentos que não são contemplados nesta metodologia e que se faz presente na PNEPS.[9]

A partir do exposto, a pergunta de pesquisa assim se configura: Qual a percepção dos profissionais de saúde de uma Santa Casa no interior do estado de São Paulo sobre a necessidade da implantação da Educação Permanente para melhoria da qualidade da assistência prestada em saúde?

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Através de seus princípios integralidade, universalidade e equidade, visa atender às necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. As Santas Casas, instituições filantrópicas, prestam

serviços ao SUS que exige, para fins de isenção tributária, exclusividade em 60% dos leitos disponíveis.

O cenário político e econômico nacional atual é de crise. Ainda assim, a busca da qualidade da assistência em saúde é uma constante nas instituições comprometidas com a saúde no Brasil. Assim, todos os recursos devem ser otimizados.

A compreensão da percepção dos profissionais que atuam diretamente com o usuário sobre as potencialidades da EP é de suma importância, pois a partir dela têm-se dados para o estabelecimento de estratégias para sua implantação e/ou implementação.

A implementação da política nacional de EPS é de grande impacto para o SUS. Uma assistência de qualidade, com profissionais qualificados e comprometidos com o serviço, otimizando recursos materiais, humanos e financeiros é factível a partir do momento que se utilizarem as ferramentas adequadas. Os indicadores comprovarão os resultados.

REFERENCIAL TEÓRICO

CONSTRUTIVISMO

O Construtivismo tem seus primórdios na filosofia de Immanuel Kant. Já no início da “Crítica da Razão Pura” ele indica o caminho que iria percorrer: “Que todo o nosso conhecimento começa com a experiência, não há dúvida alguma, pois, do contrário, por meio do que a faculdade de conhecimento deveria ser despertada para o exercício senão através de objetos que tocam nossos sentidos e em parte produzem por si próprios representações, em parte põem em movimento a atividade do nosso entendimento para compará-las, conectá-las ou separá-las e, desse modo, assimilar a matéria bruta das impressões sensíveis a um conhecimento dos objetos que se chama experiência? Segundo o tempo, portanto, nenhum conhecimento em nós precede a experiência, e todo ele começa com ela.”[10]

Apesar de disseminado pela obra de Jean Piaget, o construtivismo é uma poderosa tradição filosófica anterior à Epistemologia Genética. Para Kant, a raiz do construtivismo é a inversão do sentido da relação entre sujeito e objeto. Ele se apresenta como uma das correntes teóricas empenhadas em explicar como a inteligência humana se desenvolve partindo do princípio de que o desenvolvimento do conhecimento é determinado pelas ações mútuas entre o indivíduo e o meio.[11]

O ensino tradicional, presente na maioria das salas de aula, traz o professor como o centro do processo e detentor do conhecimento, enquanto que o aluno é uma *tabula rasa*, pronta para ser preenchida pelos conteúdos dispensados pelo mestre. Esses conteúdos deverão ser veementemente repetidos e memorizados. O professor acredita que o conhecimento pode ser transmitido para o aluno.[12-13]

Segundo o construtivismo, o conhecimento não é algo terminado e se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais.[12]

A educação segundo o construtivismo, deve ser um processo de construção de conhecimento ao qual ocorrem, em condição de complementaridade, por um lado, os alunos e professores e, por outro, os problemas sociais atuais e o conhecimento já construído. Assim, o conhecimento não é dado nem nos objetos (empirismo) nem na bagagem hereditária (apriorismo). O conhecimento é uma **construção.**[12]

A Epistemologia Genética proposta por Piaget, um dos principais pensadores do século XX, traz que o aluno é um sujeito cultural ativo cuja ação tem dupla dimensão: assimiladora e acomodadora. Pela dimensão assimiladora ele produz transformações no mundo objetivo, enquanto pela dimensão acomodadora produz transformações em si

mesmo, no mundo subjetivo.[12-13]

No Brasil, o educador Paulo Freire foi quem protagonizou o uso do construtivismo na Educação de Adultos, quando traz a problematização como estratégia de ensino aprendizagem contrapondo-se à mera reposição de conteúdos. Seu método de alfabetização era um ato de criação, que identificava o conteúdo da aprendizagem com o processo de aprendizado.[14]

As práticas educacionais sempre foram influenciadas por tendências pedagógicas, estas originadas no seio dos movimentos sociais, em tempos e contextos históricos particulares. Dentre as mais importantes temos as Tendências Pedagógicas Liberais, que se dividem em Tradicional, Renovada e Tecnicista, e as Tendências Pedagógicas Progressistas, que se dividem em Libertadora, Libertária e Crítico-Social dos Conteúdos, sendo estas últimas fundamentadas no construtivismo e em evidência nos tempos atuais.[15-16]

ANDRAGOGIA

A história da humanidade reúne grandes mestres, dentre os quais podemos referir Confúcio e Lao Tsé na China, os profetas hebreus e Jesus nos tempos bíblicos, Aristóteles, Sócrates e Platão na Grécia Antiga, e Cícero, Evelídio e Quintiliano na Roma Antiga. O que eles têm em comum é que suas experiências foram com adultos.[17]

Desde o século VII, e tendo-se sedimentado ao longo dos séculos seguintes, a ideologia educativa dominante assumiu um conjunto de pressupostos que, na atualidade, fundamentam a pedagogia tradicional. A pedagogia engloba pressupostos que estão ligados à doutrina dos séculos VII a XII, predominante nas escolas monásticas e catedrais europeias, dirigida ao ensino de jovens por parte da Igreja, cujo principal objetivo era doutrina-los na fé e rituais da Igreja Católica, fundamentando-se na aquisição de conteúdos, em detrimento ao desenvolvimento de competências.[18]

Pouco tempo depois do término da Primeira Guerra Mundial, começou a surgir, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, um conjunto crescente de ideias sobre as características distintas dos aprendizes adultos. Mas foi só nas últimas décadas que essas ideias evoluíram e formaram um modelo integrado de aprendizagem de adultos.[17]

Com o início da Associação Americana para Educação de Adultos em 1926, surgiram duas correntes de investigação a respeito. Uma delas pode ser classificada como a corrente científica e a outra, a corrente artística ou intuitiva/reflexiva. A corrente científica proposta por Edward L. Thorndik busca descobrir novos conhecimentos por meio da investigação rigorosa e experimental. A corrente artística, que busca descobrir novos conhecimentos por meio da intuição e da análise da experiência, se preocupava com a maneira como os adultos aprendem, lançada por Eduard C. Lindeman e fortemente influenciada pela filosofia

educacional de John Dewey, filósofo e pedagogo fundador da Escola Nova.[17]

Lindeman estabeleceu uma teoria sistemática sobre a aprendizagem de adultos quando declarou que a abordagem para a educação de adultos ocorre por meio de situações e não de disciplinas, o currículo é construído em torno das necessidades e dos interesses do aluno e que o recurso de maior valor na educação de adultos é a experiência do aprendiz.[17]

Para Aristóteles, a experiência é concebida como precursora do conhecimento, pois para ele não há consciência sem a experiência dos sentidos. Dessa forma, o caráter da experiência para Aristóteles tem tanto um aspecto interno quanto externo já que é a experiência que viabiliza a apreensão do que é singular. Mais ainda, Aristóteles considera que sem a experiência o conhecimento como expressão da consciência não seria possível.[19]

A educação de adultos é um processo por meio do qual os aprendizes se tornam conscientes da experiência significativa. O reconhecimento da importância leva à avaliação. Os significados acompanham a experiência quando sabemos o que está acontecendo e qual importância o evento tem para nossa personalidade.[17]

Lindeman apresenta cinco suposições principais sobre os aprendizes adultos:

(1) Os adultos são motivados a aprender conforme vivenciam necessidades e interesses que a aprendizagem satisfará; (2) A orientação dos adultos para a aprendizagem é centrada na vida; (3) A experiência é a fonte mais rica para a aprendizagem dos adultos; (4) Os adultos têm uma profunda necessidade de se autodirigir e (5) As diferenças individuais entre as pessoas aumentam com a idade.[17] De acordo com estudos, os conceitos da teoria andragógica foram utilizados pelos grandes educadores de todas as épocas, mas o termo foi citado pela primeira vez na Alemanha, em 1833, pelo educador alemão Alexander Kapp ao descrever a teoria educacional de Platão. Suas ideias foram rebatidas e seu uso desapareceu por cerca de cem anos.[20]

Em 1921 o termo foi novamente utilizado pelo cientista social Eugen Rosenstock, quando declarou que o indivíduo adulto necessitava de educação com professores, métodos e filosofias especiais. Em 1968 o professor americano Malcom Shepherd Knowles começou usar o termo andragogia em seus escritos, difundindo a ideia no ocidente. Desde então o termo andragogia é associado à Malcom S. Knowles, que em 1967 recebeu o prêmio Delbert Clark (prêmio criado em 1954 em memória de Delbert Clark, ex-vice presidente do Fundo de Educação de Adultos da Fundação Ford), por sua reconhecida contribuição à educação de adultos.[20]

Andragogia é uma palavra de origem grega que une o prefixo “*anér*” ou *“andrós”*, que significa homem ou adulto, ao sufixo *“gogia”*, arte ou ciência da aprendizagem. Para Knowles a andragogia é a arte e a ciência de ajudar as pessoas a aprender, enquanto a

pedagogia é a arte e a ciência de ensinar pessoas que são dependentes.[20]

Para Knowles a andragogia e a pedagogia constituíam modelos distintos de conceber e perspectivar a educação. Ele condensou os principais pressupostos da andragogia e contrastou-os com os pressupostos pedagógicos. Através deste contraste, o autor procurou salientar a inadequação da ideologia pedagógica com os adultos e a necessidade de implementar um modelo inovador e mais prático. Para Knowles o modelo andragógico, ao não ser uma ideologia, mas um sistema de pressupostos alternativos, contém o modelo pedagógico.[18]

O Quadro 1 ilustra o processo de ensino aprendizagem segundo a pedagogia e a andragogia, comparativamente.

PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM	PERSPECTIVA	
	PEDAGOGIA	ANDRAGOGIA
Elaboração do plano de aprendizagem	- Pelo professor;	- Pelo auxiliador de aprendizagem e pelo aprendente;
Diagnóstico de necessidades	- Pelo professor;	- Pelo auxiliador de aprendizagem e pelo aprendente;
Estabelecimento de objetivos	- Pelo professor;	- Através de negociação mútua;
Tipologias de planos de aprendizagem	- Planos de conteúdos organizados de acordo com uma sequência lógica;	- Diversos planos de aprendizagem sequenciados pela prontidão dos aprendentes;
Técnicas de (ensino) aprendizagem	- Técnicas transmissivas;	- Técnicas ativas e experienciais;
Avaliação	Pelo professor; Referência a normas; Através de pontuação, notas.	Pelo aprendente; Referência a critérios; Através da validação dos companheiros, facilitador de aprendizagem e peritos na área.

Quadro 1- Processo de (ensino) aprendizagem segundo duas perspectivas:

Fonte: Nogueira.[18]

Ao longo da sua obra, Knowles salienta que a andragogia se baseia em cinco premissas de base acerca das características dos aprendentes adultos:

a. necessitam saber o motivo pelo qual devem realizar certas aprendizagens;
b. aprendem melhor experimentalmente;
c. concebem a aprendizagem como resolução de problemas;
d. aprendem melhor quando o tópico possui valor imediato e
e. os motivadores mais potentes para a aprendizagem são internos.[18]

A andragogia possui 10 pressupostos que se apresentam como elementos facilitadores, articuladores e orientadores na relação de aprendizagem entre adultos.[21] São eles:

1. **Autonomia** - o método andragógico estabelece alguns referenciais para que haja autonomia no processo de aprendizagem do adulto de modo a criar condições para que o participante possa intervir por meio de diálogos que favoreçam a interação, colaboração e cooperação; de modo a incentivar que ele apresente propostas de mudanças, questionamentos ao que está posto.
2. **Humildade** – A humildade na andragogia significa o fortalecimento da capacidade do adulto estabelecer um canal aberto de confiança, aceitação e democracia no diálogo com seus pares em processo de aprendizagem.
3. **Iniciativa** - Esse pressuposto tem grande significado na aprendizagem do adulto, tendo em vista os seus desdobramentos andragógicos tais como incentivo à criatividade, à capacidade de assumir novas competências, e a sensibilidade para novos desafios e descobertas.
4. **Dúvida** – Importante elemento das teorias de aprendizagem, agindo como um grande aliado no processo de metacognição, que é a capacidade que o sujeito tem de pensar sobre a maneira como resolve os problemas que se apresentam na realidade e as tarefas do cotidiano.
5. **Mudança de rumo** - Esse pressuposto andragógico funciona como uma bússola no processo de aprendizagem do adulto. Significa uma consciência das possibilidades e necessidades de mudanças para o atingimento das metas estabelecidas.
6. **Contextos** – Este pressuposto está associado à necessidade de estabelecer uma coerência entre o campo teórico e as realidades encontradas no processo de aprendizagem, entre os objetivos e as metas a serem alcançados na aprendizagem do adulto. Nessa perspectiva a andragogia destaca os contextos educacionais, ambientais, culturais, socioeconômicos e políticos.
7. **Experiência de vida** – Desconsiderar este pressuposto é reduzir drasticamente a possibilidade de reconstrução do saber entre os adultos. Serve como referência em momentos críticos de reflexões e conclusões, momentos de análise, avaliações e conclusões.
8. **Busca** - Esse pressuposto serve de âncora para a inciativa e a autonomia. Possibilita o jeito diferente de ver as coisas, de questionar supostas verdades absolutas; possibilita a análise de contextos e cenários nos caminhos da aprendizagem. Incentiva a criatividade e a curiosidade. Possui uma forte ligação com a ação da pesquisa investigativa, analítica e crítica dos fatos e objetos da aprendizagem.
9. **Objetividade** - Neste pressuposto a presença marcante da objetividade associa-se ao jeito de o adulto examinar as realidades e contextos em processo de aprendizagem. Contribui fortemente para o acerto ao alvo das metas estabelecidas no objetivo educacional.
10. **Valor agregado** – Pessoas aprendem o que realmente precisam saber

(aprendizagem para a aplicação prática na vida diária).[21]

Knowles utiliza o ciclo andragógico como o principal recurso na planificação e desenvolvimento de projetos educativos e não o currículo, tal como se encontra tradicionalmente estabelecido, enfatizando os problemas do educando e dividindo o processo segundo áreas de problemas e não em disciplinas.[18]

O quadro 2 expõe as etapas do ciclo pedagógico segundo Knowles.

Ciclo Andragógico	
1.	Estabelecer um clima conducente à aprendizagem
2.	Criar mecanismos para planificação mútua
3.	Diagnosticar as necessidades de aprendizagem
4.	Formular objetivos programáticos que satisfaçam as necessidades identificadas
5.	Elaborar um plano de experiências de aprendizagem
6.	Conduzir as experiências de aprendizagem com técnicas e materiais adequados
7.	Avaliar os resultados da aprendizagem e rediagnosticar as necessidades de aprendizagem

Quadro 2 - Etapas do ciclo andragógico

Fonte: Nogueira.[18]

1. Clima de aprendizagem

O ponto mais frequente de início do ciclo andragógico é o estabelecimento do clima. O ambiente educativo passível de conduzir a uma aprendizagem de maior sucesso caracteriza-se pela sua informalidade, conforto, segurança, respeito e confiança. Adultos só aprenderão em profundidade quando sentirem que as diferenças serão respeitadas, que seus erros não serão alvo de comentários e que a colaboração é incentivada.

2. Mecanismos de planificação mútua

A planificação deve assentar no envolvimento de todas as partes intervenientes no processo educativo. As pessoas sentem-se mais envolvidas com uma decisão ou atividade quando participam diretamente na tomada dessa decisão ou atividade.

3. Diagnóstico das necessidades de aprendizagem

As necessidades de aprendizagem definem-se como uma lacuna entre as competências especificadas no modelo e o nível atual das competências do estudante, e a sua análise tem início com a percepção, por ele próprio, daquilo que pretende vir a ser

ou obter.

4. Formulação dos objetivos programáticos

Após o levantamento das necessidades e priorização das mesmas, cabe ao estudante formular seus objetivos de aprendizagem, devendo o facilitador verificar a possibilidade de execução e sua relevância, indicando formas de adequação de propostos inexequíveis.

5. Elaboração do plano de experiências de aprendizagem

Após o autodiagnostico e do estabelecimento dos objetivos de aprendizagem, o estudante decide quais aprendizagens gostaria de realizar e quais as metodologias e recursos irá utilizar.

6. Condução das experiências de aprendizagem

A condução das experiências de aprendizagem resulta das considerações tecidas nos pontos precedentes do ciclo andragógico. A discussão em grupo, os estudos de caso, exercícios de simulação, *role-play* (modelo de ensino que ajuda os alunos a compreender o comportamento social e o seu papel nas interações sociais), exercícios de prática de competências, projetos de campo, são algumas das técnicas mais utilizadas. A aplicação dessas técnicas tem por base teórica de que quanto mais ativo o papel do estudante na sua aprendizagem, maior e mais profunda esta será.

7. Avaliação dos resultados e rediagnostico das necessidades de aprendizagem

O modelo andragógico prevê um processo de auto avaliação, no qual o facilitador procura auxiliar o aprendente a obter evidências acerca dos progressos na busca dos objetivos, onde as fraquezas e potencialidades do projeto educativo devem ser avaliadas em termos de como facilitaram ou dificultaram sua aprendizagem.

A repetição do diagnóstico é, pois, uma parte essencial da fase de avaliação.[18]

Estudos afirmam que estudantes adultos guardam apenas 10% do que ouviram, após 72h. No entanto, são capazes de lembrar 85% daquilo que ouvem, vêm e fazem, decorrido o mesmo prazo. [22]

MEMÓRIA

Segundo Izquierdo, memória significa aquisição, formação, conservação e evocação de informações. Aquisição é também chamada *aprendizagem*: só se grava aquilo que foi

aprendido. A evocação é também chamada de recordação, lembrança. Só lembramos aquilo que gravamos, aquilo que foi aprendido.[23]

As memórias são feitas por células nervosas (neurônios), se armazenam em redes de neurônios e são evocadas pelas mesmas redes neuronais ou por outras. São moduladas pelas emoções, pelo nível de consciência e pelos estados de ânimo. Isso quer dizer que, quando estamos alertas e de bom ânimo é muito mais fácil aprender ou evocar do que quando estamos cansados, deprimidos ou muito estressados.[23]

Os maiores reguladores da aquisição, formação e evocação das memórias são justamente as emoções e os estados de ânimo.[23]

Os neurônios são os responsáveis pela memória. Eles possuem os axônios, prolongamentos que emitem informação em forma de sinais elétricos a outros neurônios, através de neurotransmissores. As sinapses são os pontos de intercomunicação das células nervosas. Para cada neurotransmissor existem proteínas específicas denominadas receptores. Os receptores com os quais interagem os neurotransmissores podem ser excitatórios ou inibitórios.[23]

O glutamato, o GABA (ácido gama-amino-butírico), a dopamina, a noradrenalina, a serotonina e a acetilcolina são os principais neurotransmissores envolvidos com os processos de memória.

Somos aquilo que recordamos, literalmente. O acervo das memórias de cada um nos converte em indivíduos. As memórias dos humanos e animais provêm das experiências. O termo “memória” deve ser usado para designar a capacidade geral do cérebro e de outros sistemas para adquirir, guardar e lembrar informações (aprendizado) e “memórias” para designar a cada uma ou a cada tipo delas.[23]

Para que os processos de tradução, aquisição e evocação da memória aconteçam, utilizam-se complexas redes de neurônios. Ao converter a realidade num complexo código de sinais elétricos e bioquímicos, os neurônios traduzem. Na evocação os neurônios reconvertem sinais bioquímicos ou estruturais em elétricos. Sendo assim, em cada tradução, ocorrem perdas ou mudanças.[23]

As memórias podem ser classificadas de acordo com sua função, com a duração e com seu conteúdo.

A) Memória de trabalho (função) - não deixa traços, não produz arquivos, serve para gerenciar a realidade, não apresenta alterações bioquímicas importantes;

B) Memórias Declarativas ou Procedurais (conteúdo) - são as que registram fatos, eventos ou conhecimento e procedurais as de capacidade motoras e sensoriais;

C) Memória de curta e longa duração e remota (duração) - As memórias de curta duração duram de 1 a 6 horas, as de longa duração são as que levam tempo para serem

consolidadas e remotas são as de longa duração que duram meses ou anos.[23]

No ensino tradicional, em salas de aula convencionais, os sentidos estimulados se restringem à visão e audição. Nos processos de aprendizagem ativos, a partir do cenário de prática, com a participação ativa dos profissionais, estimulam-se todos os órgãos dos sentidos: audição, visão, olfato, tato, e até mesmo o paladar. Além disso, a interação com as pessoas desperta empatia e outros sentimentos, podendo favorecer o processo da formação da memória de longa duração.

Considerando a aprendizagem como a aquisição de memórias e que quanto maior o número de sinapses estimulado, maior será a aprendizagem, conclui-se que os processos de aprendizagem ativos seriam as estratégias adequadas para o desenvolvimento profissional dentro da perspectiva da EP.

COMPETÊNCIA

A educação contemporânea sugere mudanças de paradigmas e traz o conceito da *Pedagogia das Competências*.[24]

A noção de competência começou a ser utilizada na Europa a partir de 1980.[4] Segundo Perrenoud, são múltiplos os significados da noção de competência, e na educação se traduz na faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos – como saberes, habilidades e informações – para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações.[25]

A Organização Internacional do Trabalho - OIT, conceitua *competência* como a capacidade de articular e mobilizar condições intelectuais e emocionais em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho. Nota-se que *competência* e *desempenho* se apresentam como conceitos distintos. *Competências* referem-se ao conjunto de conhecimentos e habilidades que atende aos critérios ou normas, geralmente estabelecidos por acordo ou consenso de especialistas, trabalhadores e empregadores. Sua avaliação pode ser efetuada mediante provas, testes práticos, observação ou exame de evidências.[26]

A competência expressa a capacidade de obter um desempenho em situação real de produção. Para a construção de uma competência, recursos cognitivos são mobilizados, entre eles, encontramos os saberes, as capacidades ou habilidades e outros recursos mais normativos. As competências de uma pessoa vão sendo construídas mediante as situações práticas que enfrentam com certa freqüência.[24]

No cotidiano, os profissionais de saúde necessitam abordar e resolver situações complexas a todo o momento. Para isso, é preciso mobilizar conhecimentos e habilidades

de várias áreas como psicologia e comunicação, entre outras. Estes recursos podem ser classificados em *cognitivos, psicomotores e afetivos.*[4]

Entende-se por recursos cognitivos os conteúdos das ciências biológicas, exatas e humanas. Recursos psicomotores são as capacidades/habilidades de relacionamento interpessoal, comunicação, raciocínio clínico, habilidades em procedimentos, e recursos afetivos referem-se à capacidade de reconhecer e lidar com os sentimentos do outro e de si próprio.[4]

No velho paradigma, o conhecimento esteve fragmentado, compartimentado, valorizando o ensino de regras, definições, acúmulo de informações desvinculadas da vida, privilegiando a memória e a padronização, formando um profissional passivo; em contrapartida, a nova forma de conceber o conhecimento é integrá-lo pelo trabalho interdisciplinar e pela contextualização, privilegiando a construção de conceitos e o entendimento.[27]

Para o desenvolvimento de competências reais e práticas no trabalho em saúde é indiscutível a insuficiência dos treinamentos formais e teóricos.[28]

De acordo com Moretto[29], competência é a capacidade de o sujeito mobilizar recursos (cognitivos) visando abordar uma situação complexa. Competência profissional é a capacidade circunstancial de mobilizar articuladamente os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos para a solução de uma situação complexa.[4]

Dessa forma, para a formação de profissionais competentes, a EP é uma ferramenta oportuna pois propicia a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar uma assistência humana e de qualidade.[30]

NECESSIDADES DE SAÚDE

O termo Necessidades de Saúde (NS) começou a ser utilizado em 1993, a partir da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica.[4]

O dicionário de língua portuguesa conceitua Necessidades como aquilo que é absolutamente necessário, uma exigência na vida do indivíduo.[31]

A integralidade, um dos princípios do SUS, traz que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos, ainda que minoritários.[32]

Para isso ressaltamos a importância da escuta atenta por parte dos profissionais durante seu contato com as pessoas que buscam "cuidados em saúde". Esta escuta trará informações riquíssimas, queixas objetivas e subjetivas, sobre o processo saúde/doença em questão.[4,33]

As necessidades de saúde foram categorizadas em autonomia, vínculo, boas

condições de vida e acesso à tecnologia.[33]

A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e isto modificar o seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades. Vínculo refere-se à relação de confiança entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional. Boas condições de vida são os fatores ambientais externos que determinam o processo saúde/doença e acesso à tecnologia é a possibilidade de consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.[33]

Segundo Matsumoto, a literatura não é clara quanto ao significado das NS, portanto, estas, ainda são identificadas com a doença.[34]

Entender o que é o ser humano passa a ser essencial ao profissional de saúde, pois a partir disso suas ações na identificação das necessidades de saúde serão abrangentes ou fragmentadas.[4]

A figura 1 ilustra o homem na percepção biopsicossocial.
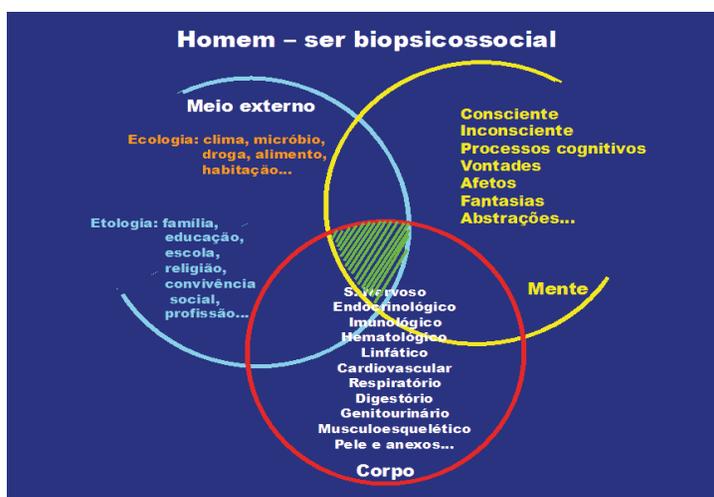
Figura 1 – Homem – ser biopsicossocial

Fonte: Tsuji.[4]

Para compreender o que são NS é imprescindível a aceitação do ser humano como unidade mente-corpo em interação com o meio ambiente.[4] Portanto, cremos que a visão biopsicossocial do ser humano é o ponto de partida para o cuidado na perspectiva da integralidade.

Para um profissional com esta percepção, as NS vão além das queixas descritas pelo cliente. Ele valoriza aquilo que o paciente não consegue traduzir em palavras, mas que tem relação direta com seu bem estar. Assim, ele traduz esses sinais e sintomas e

propõe uma intervenção que seja favorável a cada paciente em particular.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Historicamente a EP tem diferentes raízes. Em meados do século XX os países desenvolvidos introduziram a proposta de EP para suprir a necessidade de mão de obra.

Nos países da América Latina, visando apenas a produção industrial em larga escala, foram utilizados métodos educacionais que negligenciavam a formação do ser humano crítico, política e socialmente.[35]

A EC até então foi a estratégia utilizada para a capacitação profissional, porém o francês Pineau, em 1977, foi quem introduziu a expressão “Educação Permanente”.[35]

A Política Nacional de Educação em Saúde (PNEPS) traz como distinção conceitual que EC é uma estratégia descontínua de capacitação, geralmente com enfoque disciplinar, centrada em atualização de conhecimentos em ambiente didático utilizando técnicas de transmissão.[36] Dessa forma, a EC desconsidera a perspectiva das equipes multiprofissionais e a dimensão coletiva do trabalho.

A EP incorpora ensino e aprendizagem ao cotidiano, problematizando o próprio fazer, colocando os profissionais como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento. Os problemas do cotidiano são objetos de reflexão para melhorar as práticas assistenciais de forma multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de novos conhecimentos e a partilha de vivências.[36]

A proposta de EPS do Ministério da Saúde (MS) contrapõe-se ao conceito de EC. A EPS procura manter o vínculo entre formação e exercício profissional, através da adoção de novas metodologias de ensino aprendizagem, em especial, a problematização e a aprendizagem significativa.[27]

Pautada nos princípios da Andragogia, a EP se mostra como importante estratégia de mudança institucional. O profissional, considerando seu conhecimento e vivências prévios, identifica suas dúvidas e este é o fator mobilizador para construir o seu conhecimento. Tendo significado particular, o profissional torna-se ativo na busca de conhecimento.

O quadro 3 sintetiza as principais diferenças entre EC e EP segundo aspectos-chave:[37]

Aspectos	Educação Continuada	Educação Permanente
Público-alvo	Uni profissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática Institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das técnicas práticas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Quadro 3 – Comparativo entre EC e EP.

Fonte: Mancia.[37]

No modelo convencional de EC, geralmente, o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado, sendo possível encontrar-se elementos para avaliar que, o grande investimento da capacitação dos recursos humanos não tem se traduzido em mudanças na prestação dos serviços de saúde.[36] Essa prática, segundo Paulo Freire, não promove mudanças significativas nas práticas profissionais e nos processos de trabalho.[38]

Freire relata que a educação crítica considera os homens como seres em desenvolvimento, como seres inacabados, incompletos em uma realidade igualmente inacabada. O caráter inacabado dos homens e o caráter evolutivo da realidade exigem que a educação seja uma atividade contínua.[39]

Em sua obra "Pedagogia do Oprimido"[40], afirma: "Ninguém educa ninguém, nem ninguém aprende sozinho, nós homens (mulheres) aprendemos através do mundo", e ainda em "Pedagogia da Autonomia"[41], diz: "Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção."

A proposta de Freire, fundamentada no construtivismo e inicialmente utilizada na alfabetização de adultos, parte do estudo da realidade (experiência do educando) e da organização dos dados (experiência do educador). Sua proposta contempla uma prática libertadora, embasada no respeito pelo educando, na conquista da autonomia e na dialogicidade enquanto princípios metodológicos.[37]

As DCN[3] oferecem diretrizes gerais para que o processo de formação possa desenvolver a capacidade de *aprender a aprender* que engloba *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto* e *aprender a ser*, garantindo a capacitação de

profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.[42]

A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS[43] traz que "a EP parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços." E ainda que "a EP é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho."

Em síntese, a EC atua em âmbito individual, é orientada para atualizações técnicas pelos organizadores, os temas da capacitação são técnicos e científicos, elaborados previamente e as capacitações ocorrem de forma pontual. A EPS ocorre em âmbito coletivo, caracteriza-se pela formação integral e contínua, aborda temas que surgem da necessidade de resolver problemas identificados no cotidiano, com foco no processo de trabalho e educação em serviço articulada à mudança de práticas.[44]

Sendo assim, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.[43]

Na proposta da EP, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade.[43]

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), na área de saúde, foi implementada primeiramente no final da década de 60, do século passado, na *McMaster University* (Canadá), posteriormente na *Universidade de Maastrich* na Holanda e disseminada em outras universidades pelo mundo inteiro. A ABP é centrada no estudante quando embasada nos princípios educacionais do construtivismo.[45]

A ABP tem sua origem conceitual nas ideias do filósofo e pedagogo John Dewey (1859-1952). Sua teoria, a Escola Nova, opõe-se ao ensino tradicional propondo que a escola deveria atuar como um instrumento para a edificação da sociedade. A filosofia deweyana remete a uma prática docente baseada na liberdade do aluno para elaborar os próprios conhecimentos, reconhecendo que, nas situações concretas, as circunstâncias conduzem a experiências que produzem o conhecimento. Compreender a educação como

função social na perspectiva deweyana equivale a dizer que uma sociedade que almeja "mudança" e faz da "transformação" um ideal de vida necessita ter normas e métodos educativos diferentes de sociedades que não aspiram a semelhantes ideais. Partindo destes princípios, a escola atingiria seu real objetivo que é o de formar cidadãos intelectualmente preparados para a convivência em sociedade de uma forma plena.[46]

A essência da ABP são grupos pequenos de aprendizes (tutoria) que são ativamente envolvidos em definir suas metas de aprendizagem após discussão de algum problema vivenciado, onde se determinam as lacunas de conhecimento. O tutor é o facilitador do processo de aprendizagem.[47]

Após estudo autodirigido, se encontram para compartilhar, comparar e relatar o que teriam descoberto sobre o problema e se foi suficiente este estudo. Entre os aspectos relevantes tem-se a integração interdisciplinar imbricando componentes teóricos e práticos e a ênfase no desenvolvimento cognitivo.

Tal recurso rompe com toda a cultura de aprendizado na qual o professor "despeja" conhecimentos e o aluno restringe-se a "receber" os conteúdos sem nenhum esforço de elaboração do pensamento e sem estabelecer relação com o contexto. No processo de aquisição de conhecimento da ABP se desenvolve um número de outras habilidades e atitudes que são relevantes para a prática profissional e vida.[48]

Os problemas são o trampolim que permite integrar e estudar segundo necessidades concretas. O material disparador deve ser relevante, interessante e provocar discussão. Pode ser apenas algumas sentenças ou um texto completo, não necessariamente escrito, podendo ser um trecho de áudio ou vídeo ou mesmo um paciente simulado.[45] Levam a um resultado que se intercala com a realidade, e que deve ser eficiente e eficaz. Seu uso permite que o conhecimento seja relacionado com situações mais fáceis de reter, pois situações reais são mais coerentes com todo o processo.[48]

Os grupos pequenos, de 6 a 8 participantes, favorecem a amplitude e profundidade de conhecimento e permitem a contribuição individual e o engajamento. Tutoria efetiva envolve várias habilidades, atitudes e conhecimentos que refletem as necessidades do grupo tutorial.[47]

O tutor deve modelar o comportamento que mantém o processo de aprendizagem e garantir que nenhum passo da aprendizagem seja negligenciado. Deve promover a direção e facilitar a interação do grupo, criando um ambiente seguro e evitando o domínio da discussão. A orientação deve ser discreta para que não seja aparente para os alunos e eles continuem a sentir que estão no comando do processo de aprendizagem. Embora o papel do tutor na ABP seja totalmente diferente de uma conferência, isso não constitui ao silêncio impensado. Durante todo o processo o tutor deve monitorar o progresso de cada

aluno, dar *feedback* ao grupo e estimular o aluno a aprender.[47]

A tutoria é realizada seguindo os seguintes passos:[47]

1. Apresentação do problema: os participantes tomam ciência dos dados do problema; as informações devem ser retidas na memória de cada participante para participação ativa na discussão.

2. Esclarecimento de termos pouco conhecidos e dúvidas sobre o problema;

3. Definição e síntese do problema com identificação de necessidades educacionais; este passo deve ser realizado, sem consultar os apontamentos, por um estudante e, se necessário, com auxílio de outros; serve para certificar se os estudantes apreenderam os dados do problema, condição indispensável para etapas posteriores da tutoria;

4. Chuva de ideias – *brainstorming*; todos devem expressar as suas ideias sobre o problema sem a preocupação com certo ou errado, em 10 a 15 minutos;

5. Análise do problema e ideias utilizando os conhecimentos prévios, desenvolvimento de hipóteses para explicar o problema e identificar as lacunas de conhecimento;é o momento de confirmar ou excluir as ideias elencadas no passo 4; os recursos que faltarem para confirmar ou excluir essas ideias constituem as *lacunas de conhecimentos ou dúvidas*.

6. Elaboração das questões de aprendizagem a partir das dúvidas visando a integração biopsicossocial, identificação dos recursos de aprendizagem e discussão da estratégia de busca de informações; a qualidade da questão de aprendizagem influi positiva ou negativamente na construção do conhecimento, pois dela depende o resultado da busca de informações;

7. Avaliação crítica dos artigos segundo os princípios da Medicina Baseada em Evidências e estudo individual; a prática repetida desse passo contribui para o desenvolvimento da capacidade de atualização**,** auto aprendizagem, reflexão e crítica.

8. Compartilhamento de informações obtidas e aplicação na compreensão/ resolução do problema; esta atividade proporciona o desenvolvimento da capacidade de síntese, comunicação clara e objetiva, argumentação, fazer e receber críticas, ética, liderança e aplicação dos recursos adquiridos na realização da tarefa.

9. Avaliação do trabalho do grupo e dos participantes; o objetivo de avaliação é a competência profissional; o ato de avaliar favorece o desenvolvimento da capacidade de observação, pensar, refletir, sintetizar, comunicar, fazer e receber críticas; a avaliação deve ser realizada, no máximo, em 20 minutos.

Ao desenvolver capacidade de análise e avaliação crítica, a ABP permite ao aprendiz analisar a informação, ser exigente com o que obteve e com o que ele mesmo fez. A capacidade de auto avaliação é uma destreza que a ABP propicia ao aprendiz.[47]

Avaliação também é um componente essencial da ABP. Deve ser formativa, ou seja, baseada no acompanhamento e orientação do desenvolvimento dos aprendizes. Feita em

duas fases, uma de auto avaliação e outra de feedback ao aluno, deve ser auto evidente, mas a disponibilidade imediata de retorno é um componente essencial.[47]

Geralmente, os problemas apresentados nas tutorias, embora realizadas nas salas, são provenientes de pacientes reais.[4] Porém, o termo "ABP" não se refere a um método de ensino específico. Existem ainda várias interpretações e implementações por parte de professores que, talvez, por desconhecerem os princípios do construtivismo, geram inúmeros conflitos, pois diferem os objetivos educacionais. O denominador comum é o uso do problema como sequencia instrucional. A *taxonomia de Barrows* é uma proposta para facilitar uma tomada de consciência das diferenças e para ajudar os professores a escolher uma forma mais apropriada para seus alunos. Ela compreende:

> a) Structuring of knowledge of use in clinical contexts (SCC) – estruturar os conhecimentos para serem usados no contexto clínico, facilitando o resgate e a aplicação da informação; b) The developing of effective clinical reason in process (CRP) – desenvolvimento de processo de raciocínio clínico efetivo. As habilidades de resolução de problemas envolvidas no processo de raciocínio clínico envolvem a formulação de hipóteses, inferências, análise de dados, problemas sintéticos e tomadas de decisão; c) The development of efetive self-directed learning skills (SDL) - desenvolvimento de competências de aprendizagem autodirigida efetiva e d) Increased motivation of learning (MOT) - maior motivação para a aprendizagem.49

PROBLEMATIZAÇÃO

> A dúvida é o princípio da sabedoria. Aristóteles (384-322 a.C.)

A literatura traz a *problematização* como metodologia de ensino aprendizagem. Berbel se apresenta como uma das principais propagadoras desta ideia. Segundo ela a *Problematização* consiste num recurso didático de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade.[50]

Uma das formas que torna possível a sua operacionalização é o Método do Arco de Charles Maguerez, método que trabalha os conteúdos através de resolução de problemas reais, elaborado na década de 70 e tornado público por Bordenave e Pereira[51], onde constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade:

Observação da Realidade; Pontos Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática).

A figura 2 ilustra o Arco de Maguerez proposto por Diaz Bordenave e Pereira.
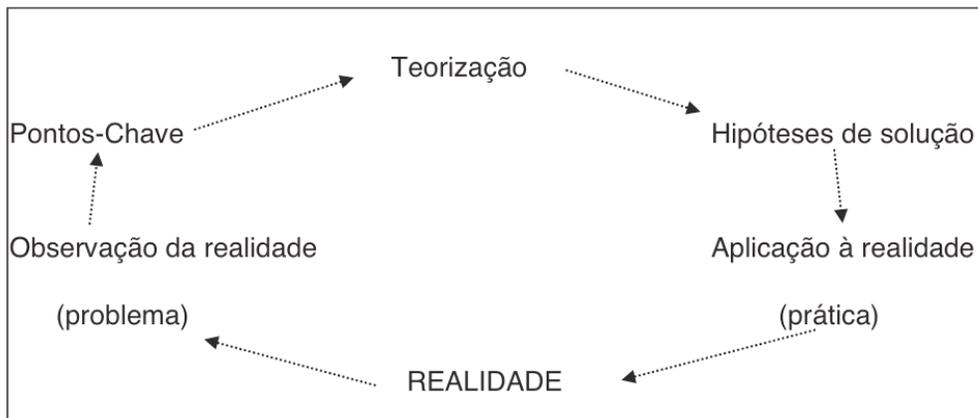
Figura 2. Arco de Maguerez[51]

Figura 2. Diaz Bordenave; Pereira.[51]

De acordo com Diaz Bordenave e Pereira, o Arco de Maguerez ocorre em cinco etapas:

> 1ª etapa – observação da realidade: é a realização da tarefa social concreta, pelos aprendizes, a partir de um tema ou unidade de estudo; Neste momento percebem que os problemas são complexos e geralmente multideterminados;
>
> 2ª etapa – pontos-chave: reflexão sobre as possíveis causas da existência do problema em questão;
>
> 3ª etapa – teorização: estudo, investigação, busca de informações sobre o problema;
>
> 4ª etapa – hipóteses de solução: todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para elaborarem as possíveis soluções de forma crítica e criativa;
>
> 5ª etapa – aplicação à realidade.[51]

Os problemas são postos pelos aprendizes a partir da observação da realidade social, levando-os a exercitarem a aplicação da relação prática-teoria- prática, com o objetivo de ultrapassar o exercício intelectual, intervindo nesta realidade.[51]

Segundo Davini "trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissoluvelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas." [36]

A observação consciente e crítica da realidade, a identificação de problemas, a formulação de hipóteses, a busca e assimilação de novos conhecimentos científicos, a construção de novos significados e a intervenção na realidade configuram o ciclo do processo ativo e crítico de ensino e aprendizagem na perspectiva da problematização.[43]

Rubem Alves[52] faz referência ao *método* como sendo o caminho que se toma para

chegar à ideia, contrapondo-se à inspiração, ocasião em que não se define de onde vem a ideia. Ainda em "Lições do Velho Professor"[53] este autor declara que a ciência progride graças àqueles que vêem as coisas pelo caminho apócrifo, ou seja, reverso.

Considerando as palavras de Rubem Alves e tendo a dúvida como princípio da sabedoria, propomos uma nova forma de compreender o que, até o momento, nomeava-se *problematização*.

Partindo do pressuposto de que o papel do pesquisador é questionar, investigar o que se lhe apresenta como verdade, indagamos: "Qual a definição da palavra *problematização*?"

Recorrendo ao dicionário, não se encontra a referida palavra. Encontramos, sim, o verbo *problematizar* – dar forma de problema a; tornar problemático.[54] O substantivo em questão se apresentaria como *problema.* Porém, *problematização* não existe na língua portuguesa. Problematizar é verbo, logo não pode ser método.

Berbel defende ainda a ideia da Metodologia da Problematização, e novamente a dúvida se instaura.

Metodologia é o conjunto de métodos, regras e postulados utilizados em determinada disciplina e sua aplicação. Define-se por método o procedimento organizado que conduz a um certo resultado.[55]

Assim, problematizar não pode ser definido nem como método, nem como metodologia. Problematizar é o ato de discutir, pôr em dúvida determinado assunto. Sob esta ótica, o Arco proposto por Maguerez passa a ser um dos instrumentos disponíveis para problematizar, porém não necessariamente seu uso é imperativo.

COMPARATIVO ENTRE OS PASSOS DA ABP, ARCO DE MAGUEREZ E VIDA PROFISSIONAL

Alguns autores [4,51,56] discutem as diferenças e semelhanças entre a ABP e a *problematização*. Entre as semelhanças temos o trabalho em pequenos grupos, professores como facilitadores, participação ativa dos alunos na construção do conhecimento, utilização de problemas, reconhecimento das lacunas de conhecimento, busca na literatura, compartilhamento das informações e aplicação do conhecimento na realidade.

Entre as diferenças, temos com relevância, que na ABP acontece o "*brainstorming*", a transformação da dúvida em questão de aprendizagem, a discussão da estratégia de busca na literatura, análise crítica de artigos e avaliação. A *problematização* não faz referência a estas etapas, no sentido de que a síntese provisória não corresponde ao *brainstorming* da ABP, não existe a questão de aprendizagem, a etapa de discussão da estratégia de busca e análise crítica da literatura, mencionando-se apenas "teorização" que sugerem "hipóteses de solução" para "aplicação na realidade".

A prática profissional atual faz referência à Medicina Baseada em Evidências (MBE). MBE é a integração das melhores evidências de pesquisa com a habilidade clínica e a preferência do paciente, formando uma aliança diagnóstica e terapêutica que otimiza o resultado clínico e a qualidade de vida. Ela foi evidenciada na Paris após a revolução, quando um grupo liderado por Gordon Guyat, da McMaster University, no Canadá, consolidou e chamou de Medicina Baseada em Evidências em 1992. A partir de então, o número de artigos sobre a prática baseada em evidências cresceu exponencialmente e o interesse internacional levou ao desenvolvimento de seis revistas sobre o assunto, em vários idiomas.[57]

A necessidade diária de informações com validade sobre diagnóstico, prognóstico, terapias e prevenção, a inadequação de fontes tradicionais para fornecer estas informações, a disparidade entre as habilidades diagnósticas e o juízo clínico e a incapacidade de despender tempo por paciente para encontrar e assimilar as evidências promoveram a rápida divulgação da MBE.[57]

A prática total da MBE compreende cinco passos:

- passo 1: transformação da necessidade de informação em uma pergunta que possa ser respondida;
- passo 2: identificação da melhor evidência com a qual responder a esta pergunta;
- passo 3: análise crítica da evidência quanto à validade (proximidade da verdade), ao impacto e aplicabilidade;
- passo 4: integração da análise crítica com a habilidade clínica e a biologia, os valores e aspectos culturais do paciente;
- passo 5: avaliação da efetividade e eficiência na execução dos passos 1 a 4, procurando maneiras de melhorá-las na próxima vez.[57]

Para Diaz Bordenave[58], na *problematização* “a aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão “sincrética” para uma visão “analítica” do problema - através de sua teorização - para chegar a uma “síntese provisória”, que equivale à compreensão. Desta apreensão ampla e profunda da estrutura do problema e de suas consequências nascem as “hipóteses de solução” que obrigam a uma seleção das soluções mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade. Desta forma, o processo de aprendizagem se torna simplificado, não correspondendo às necessidades dos profissionais em sua prática diária.

Berbel traz ainda outra discussão a respeito, quando descreve a “Metodologia da Problematização” usando o Arco de Maguerez em três versões no contexto da didática: a versão de Maguerez, a de Bordenave e a da própria Berbel. Estas três versões surgem

de um processo de reinterpretação/ressignificação do Arco, a partir de sua elaboração primeira, em termos de suas etapas, públicos-alvo e ações didáticas em sua utilização.[59]

Segundo Berbel, a *problematização* ou elaboração de problemas não estava presente na versão de Maguerez, e as decisões eram centradas nos elaboradores da proposta. Na segunda versão, de Bordenave, os problemas eram elaborados pelos professores, diferentemente da terceira versão, que se diz pensada e utilizada para promover este aprendizado pelos alunos, tidos como protagonistas de todo o processo.[59]

Porém, recorrendo às tendências pedagógicas[15], mesmo nas progressistas, não encontramos o termo *problematização* enquanto método ou ainda metodologia.

A definição de metodologia é o "estudo do método". Problematizar se mostra como um recurso a ser utilizado em qualquer tendência pedagógica. É a *discussão* propriamente dita, um "como fazer". É possível problematizar inclusive no ensino tradicional, uma vez que o docente pode lançar a discussão e trazer todas as respostas prontas em uma aula completamente expositiva, privando o aluno da construção do conhecimento proposta pelo construtivismo.

Considerando a Andragogia, cuja ideia é formar um cidadão autônomo, crítico, reflexivo e participativo para transformação da sociedade, a utilização dos passos da tutoria da ABP, em conformidade com os passos da MBE, se apresenta como o recurso adequado para o desenvolvimento da EP. A *problematização* perde seu caráter "metodológico", uma vez que se apresenta apenas como a discussão propriamente dita.

O quadro 4 ilustra o comparativo entre os referidos temas.

Passos da ABP	Arco de Maguerez	Ciclo Andragógico	Vida profissional (MBE)
Apresentação do problema	Confronto experiencial	Estabelecer um clima conducente à aprendizagem;	Execução das tarefas no cenário de prática
Esclarecimentos de dúvidas		Criar mecanismos para planificação mútua;	Esclarecimentos de dúvidas
Síntese do problema	Síntese provisória		Síntese do problema
Brainstorming			Brainstorming

Diagnóstico diferencial /lacuna de conhecimento		Diagnosticar as necessidades de aprendizagem;	Diagnóstico diferencial / lacuna de conhecimento
Elaboração de questão de aprendizagem/discussão de estratégia de busca de informações		Formular objetivos programáticos que satisfaçam as necessidades identificadas;	Elaboração de questão de aprendizagem/ discussão de estratégia de busca de informações/ individualme nte/ pesquisa no momento
Busca de informações/avaliação de artigos/estudo individual		Elaborar um plano de experiências de aprendizagem;	Busca de informações/avaliação de artigos/estudo individual
Compartilhamento de informações			Compartilhamento de informações entre os participantes
Resolução do problema	Resolução do problema	Elaborar um plano de experiências de aprendizagem;	Resolução do problema
Avaliação		Avaliar os resultados da aprendizagem e rediagnosticar as necessidades de aprendizagem.	Avaliação

Quadro4 - Correlação dos passos da ABP, as etapas do Arco de Maguerez, o ciclo andragógico e a vida profissional

Assim, a utilização de processos ativos de ensino aprendizagem propicia a construção do conhecimento. É sabido que maior aprendizagem organizacional corresponde a maiores índices de sucesso na realização de novas ações com menor resistência pelos indivíduos.[60]

QUALIDADE X QUALIDADE NA SAÚDE

É inerente ao ser humano a busca por melhores condições de vida e isto implica na qualidade dos produtos e serviços a que se tem acesso.

As mudanças no padrão e comportamento da sociedade e as variações na compreensão da qualidade deram lugar a diversas abordagens ou modelos de gestão, culminando numa evolução contínua para a qualidade ao longo dos tempos.[61]

Conceitualmente, *Qualidade* se refere a atributo, condição natural, propriedade pela

qual algo ou alguém se individualiza, distinguindo-se dos demais; Grau de perfeição, de precisão, de conformidade a um certo padrão.[62]

Em se falando de saúde, a qualidade é conceituada como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao cliente e alto grau de satisfação dos usuários.[61]

A literatura científica ressalta a importância da qualidade em serviços e quais estratégias podem ser implementadas para alcançar a excelência na prestação destes serviços.[63]

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde recai na questão da qualidade, e esta deve estar em consonância com padrões ótimos pré-definidos, os quais perpassam por medidas de performance quanto à estrutura, processos e resultados.[64]

Nesta perspectiva, qualidade é uma consequência de uma gerência integrada, sistêmica e coerente que crie condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital. Ela envolve planejamento, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda a organização.[65]

Desta forma, nas organizações hospitalares, a qualidade na gestão consiste em satisfazer e diminuir as necessidades das pessoas, adotando princípios de humanização, eficiência e integralidade.[65]

A “qualidade” é uma práxis iluminada pela crítica e vice-versa. O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Assim, Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho. As atenções se voltaram à reestruturação, inovação e busca da excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos clientes.[66]

Este movimento exige que os profissionais do setor tenham postura ativa, participativa e transformadora, afetando as relações com as organizações e o modo de fazer.[66]

Contudo, a percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Assim, conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários) a respeito da qualidade dos serviços, pode ser o início para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias.[65]

A qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. Tangibilidade é aquilo que o cliente vê e sente, como a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe, ou seja, o relacionamento interpessoal do cliente com a equipe. Bons resultados são obtidos quando os serviços recebidos atendem às expectativas dos clientes.[65]

Criar um ambiente de trabalho estimulador para compartilhar conhecimento, em que as relações pessoais se manifestam, gerando novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, coloca-se como desafio para a organização focada na gestão de pessoas e preocupada com a "Qualidade".[66]

A sistemática de qualidade escolhida pelos serviços de saúde está vinculada a um conjunto de ações e posições socioculturais dos seus gestores. Para o sucesso das ações de Qualidade é essencial a aproximação das áreas técnica e estratégica, pois envolvem mudanças estruturais e de paradigmas visíveis aos profissionais e usuários.[66]

A qualidade denota uma variedade de características desejáveis de cuidado, que incluem: efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.[67]

As dimensões da qualidade representam os pontos críticos na prestação de um serviço, que podem causar a discrepância entre a expectativa do cliente e o desempenho na unidade prestadora.[68]

Os determinantes da qualidade em serviços são:

- *Confiabilidade:* gerada pela habilidade de oferecer o que foi prometido de forma segura e precisa;
- *Presteza:* desejo e presteza que os empregados têm em prover os serviços;
- *Competência:* possuir as habilidades necessárias e conhecimento para realizar o serviço;
- *Acessibilidade:* proximidade e facilidade de contato;
- *Cortesia:* abrange educação, respeito, consideração e amabilidade do pessoal de atendimento;
- *Comunicação:* manter os clientes informados em linguagem acessível;
- *Credibilidade:* abrange nome e reputação da empresa;
- *Compreensão e conhecimento do cliente:* significa esforçar-se para entender as necessidades dos clientes;
- *Segurança:* habilidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários;
- *Aspectos tangíveis:* os aspectos físicos como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários etc.; e *empatia*: grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes, e também, a receptividade, que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.[68]

A experiência com a gestão da qualidade tem crescido no Brasil e no mundo, porém há poucas evidências da efetividade do uso das diferentes estratégias dessa forma de gestão. Apesar disso, se mostram como ferramentas eficazes para um atendimento

melhor e uma organização mais eficiente na perspectiva de redução dos indicadores de insatisfação dos clientes e da possibilidade de prognóstico para dificuldades futuras a serem enfrentadas.[69]

Os sistemas de gestão da qualidade têm como resultados em seus processos iniciais de implantação a enunciação da *missão, visão e valores* da empresa.[70]

A missão de uma organização representa a razão de sua existência. Ela deve abranger o propósito básico da organização (foco no cliente externo) e os valores que a organização pretende agregar a elementos que com ela interagem.[70]

Considerando sua missão, a organização deve conceber uma visão que retrate a um estado futuro desejado, a longo prazo, devendo ser desafiadora, ou seja, ela deve romper com o mero estabelecimento de objetivos propostos nos ciclos do planejamento estratégico. A visão deve ser descrita de forma clara e estar alinhada com os valores centrais da organização.[70]

Nesse sentido, a *missão* da instituição estudada é "Promover a saúde com dedicação, qualidade e humanização, valorizando a vida". Sua *visão* é "ser um complexo em serviços de saúde, ensino e pesquisa, reconhecido pela sociedade e profissionais da saúde, pautado na sustentabilidade, inovação e excelência da assistência", tendo como valores a "ética, humanização, excelência e responsabilidade sócio-ambiental".[71]

Nota-se que *qualidade e excelência* estão presentes no Planejamento Estratégico desta Santa Casa, corroborando a importância deste estudo para a organização. Nesta perspectiva, a EP, conforme a PNEPS, é poderosa aliada para a obtenção desta certificação do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar, cujo foco é a melhoria contínua da assistência prestada nos serviços de saúde.

A partir do exposto, entendemos que a excelência na qualidade de serviços de saúde é uma condição primordial para se manter ativo no mercado. Para isso, a EP, fundamentada nos pressupostos da Andragogia, se mostra como estratégia de maior impacto no cotidiano das equipes de saúde.

Considerando os processos ativos de ensino aprendizagem, a ABP vem ao encontro como o recurso adequado em conformidade com os objetivos do MS, pois serve melhor para formar profissional com o perfil traçado pelas DCN[3], porém o sucesso desta estratégia depende da compreensão e comprometimento dos gestores e profissionais quanto às novas perspectivas de EP e seu impacto na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Baseados no exposto, adotaremos como nosso referencial que a qualidade na prestação de serviços é um conceito subjetivo, construído a partir de muitas variáveis e padrões pré-definidos. Na área da saúde é de suma importância, pois está diretamente relacionada com a vida das pessoas. O mercado exige profissionais críticos reflexivos e

competentes.

A preocupação em desenvolver os recursos humanos é antiga. A princípio a EC era a abordagem de escolha, utilizando-se métodos tradicionais de ensino aprendizagem.

A Educação de Adultos traz como pressupostos que o adulto tem formas diferenciadas de aprendizagem, com motivações particulares e com foco nas resoluções do cotidiano. Além disso, a vida profissional exige que o profissional tenha a capacidade de buscar as informações necessárias em boas fontes para a resolução das demandas do dia a dia.

Para tanto, entendemos como competência profissional a capacidade circunstancial de mobilizar articuladamente recursos psicomotores, afetivos e cognitivos para a resolução de situações complexas.

Ao tratarmos competência profissional sob este prisma, as necessidades de saúde e a integralidade farão parte da assistência prestada no dia a dia. O processo de entender as pessoas como seres humanos é inerente ao profissional competente. Sabe-se que as memórias são feitas por redes neuronais e que são moduladas pelas emoções e estados de ânimo. A aprendizagem do adulto ocorre por meio de situações, em torno das necessidades e interesses particulares dos aprendizes. A aprendizagem focada nas situações cotidianas utiliza um número potencialmente maior de neurônios do que o método tradicional. A capacidade de retenção do que foi experimentado no cenário de prática é indubitavelmente maior do que a passividade de receber conteúdos prontos pelo professor.

A orientação dos adultos para a aprendizagem é centrada na vida e nos interesses que esse aprendizado satisfará. Sendo assim, a EP é importante ferramenta para o desenvolvimento de competências.

A EP incorpora a aprendizagem ao cotidiano, problematizando o dia a dia e tornando os indivíduos sujeitos ativos de transformação da práxis a partir da construção do conhecimento.

Dentre as maneiras de se efetivar a construção do conhecimento, temos a problematização, discutida em termos literários, e a ABP. Ambas trabalham com problemas e buscam a reflexão da prática assistencial, no caso da saúde. Porém, em termos de método, a ABP centrada no aprendiz, trabalha efetivamente o *brainstorming*, a construção das questões de aprendizagem e a busca sistemática das informações pertinentes a cada aluno, enquanto que somente problematizar pode-se cair na superficialidade.

Nesse sentido, a ABP trabalha em conformidade com a MBE e propicia que o profissional seja capaz de aprender e buscar conhecimento durante toda a vida, em inúmeras situações complexas profissionais.

Assim, partimos do pressuposto de que para se alcançar qualidade na prestação de serviços em saúde, a EP é a estratégia com melhor potencial para o desenvolvimento de

competências. Para a implementação da EP, a ABP centrada no aprendiz é a estratégia que melhor atende, pois respeita os princípios da andragogia e está em conformidade com os passos da MBE, utilizada em todos os aspectos da vida profissional.

OBJETIVO

Compreender a percepção dos profissionais de saúde de uma Santa Casa no interior do estado de São Paulo sobre a necessidade da implantação da Educação Permanente para melhoria da qualidade da assistência prestada em saúde.

MÉTODO

ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os aspectos éticos da pesquisa que envolve os seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FAMEMA e aprovado no parecer consubstanciado sob o número 1.047.067(ANEXO A), na data de 29/04/2015, atendendo à Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.[72]

TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso, que se caracteriza por uma estratégia abrangente que inclui o planejamento, a coleta de dados e a análise, permitindo as dimensões: a exploratória, voltada para o aprofundamento do conhecimento de questões pouco conhecidas; a descritiva, voltada à descrição da situação; e a explanatória, voltada às possibilidades de explicação de causas.[73]

POPULAÇÃO

Do total de participantes do colegiado foi selecionada uma amostra de 41 profissionais. Nas áreas com até cinco profissionais, foram todos selecionados; nas áreas com mais de cinco profissionais, foi feito sorteio simples, totalizando dez profissionais de cada área. Para o Corpo Clínico, de cada especialidade com maiores índices de internações, foi sorteado um profissional médico. O número de participantes se limitou por critério de saturação. Em média, a partir do quarto entrevistado de cada segmento, as falas se tornaram repetitivas, sugerindo a suspensão da inclusão de novos participantes.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) com os profissionais que compõem o Colegiado de uma Santa Casa do interior de São Paulo: superintendência, diretores, coordenadores, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicólogas, assistentes sociais, fonoaudiólogas, médicos e nutricionistas.

Foram incluídos no estudo os profissionais com nível superior, com mais de um ano de trabalho na Instituição e que aceitassem participar do estudo.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Santa Casa do interior do estado de São Paulo.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, pela necessidade de ser factível a realização da coleta dos dados, haja vista a heterogeneidade de atividades e horários disponíveis dos participantes.

As entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade dos participantes e realizadas individualmente em ambiente que propiciasse privacidade para favorecer ao entrevistado a expressão de seus pontos de vista, de modo a deixar emergir aspectos objetivos e subjetivos da vida cotidiana de trabalho. As entrevistas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora.

No início de cada entrevista, foi solicitado aos participantes da pesquisa a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), garantindo a livre adesão ao estudo, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos do estudo, forma como se daria a participação dos entrevistados e nome dos pesquisadores responsáveis.

O TCLE foi emitido em duas vias assinadas pelos entrevistados e pelos pesquisadores responsáveis. Obtido o consentimento, as entrevistas foram gravadas e aplicado o instrumento de coleta de dados. Após o término da pesquisa, as gravações serão descartadas.

A fim de preservar as identidades em sigilo, os profissionais foram identificados como *P1...P41.*

A análise dos dados ocorreu utilizando-se o referencial teórico da Análise de Conteúdo, modalidade temática (Bardin)[74], que divide a análise em três fases:

1. Pré-análise- organização do material, ou seja, das falas transcritas selecionadas:

   - *leitura flutuante* - contato inicial com os textos. Gradativamente, a leitura tornou- se mais precisa em função da relação entre hipóteses iniciais, hipóteses emergentes e teorias relacionadas ao tema.
   - *constituição do corpus* - organização do material que contemplava algumas regras da validade qualitativa, como a representatividade da amostra estudada dentro do universo inicial, a homogeneidade das informações coletadas, a exaustividade de informações (falas) apresentadas e a pertinência de adequação do material apresentado enquanto fonte de informação para o objetivo do trabalho.
   - *formação de hipóteses e objetivos* - levantamento de hipóteses acerca do

encontrado no material, o que possibilitou novas indagações acerca da temática. Determinação da unidade de registro, que se constitui como um elemento representativo da mensagem retratada pelos textos. A seguir, foi delimitada a unidade de contexto, representada por trechos significativos das falas, seguido de categorização dos elementos encontrados e a elucidação de fundo teórico para a realização da análise.

2. Exploração do material: consistiu na operação de codificação, que transformou os dados brutos em dados representativos do conteúdo das falas codificadas. A seguir, elencaram-se as categorias teóricas e empíricas responsáveis pela especificação do tema.
3. Interpretação dos resultados: buscou-se revelar o conteúdo, por meio de características dos fenômenos analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a construção de 3 categorias temáticas:

1. Desconhecimento de referenciais vigentes de excelência, qualidade, EC e EP
2. Reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional e
3. Dificuldades no estabelecimento de estratégias para obtenção da excelência da qualidade assistencial.

O DESCONHECIMENTO DE REFERENCIAIS VIGENTES DE EXCELÊNCIA, QUALIDADE, EC E EP

A análise das entrevistas demonstra que os profissionais desconhecem os referenciais de "excelência" e "qualidade" vigentes no contexto atual da Saúde, quando afirmam que:

> "Excelência é algo que a gente tem como meta só que num universo ainda muito do idealizado." (P24)
>
> "Mas a excelência é melhor, é algo a mais pra você completar." (P7)
>
> "Eu acho que é um tema amplo, abrangente, que a gente talvez não tenha definido ele ainda para nós mesmos." (P38).

As falas revelam que existe uma preocupação com os índices de qualidade que se pretende alcançar. Entretanto, o desconhecimento conceitual sobre estas questões dificulta o estabelecimento de estratégias para alcançar os objetivos propostos.

Outras respostas expressaram a percepção de que "educação" é importante no contexto da saúde. Todavia, os conceitos e distinções entre "Educação Continuada" e "Educação Permanente" estão em descompasso com a literatura:

> "Eu ainda não tenho essa leitura clara." (P23)
>
> "Pra mim é tudo a mesma coisa." (P41)
>
> "Existe uma diferença básica mas não me recordo. Educação em serviço é fundamental." (P8)

Considerando a complexidade dos temas, foram selecionados apenas profissionais com nível superior para a participação nesta pesquisa. Mesmo assim, as percepções sobre qualidade, excelência, EC e EP são de senso comum, sem apropriação conceitual. Embora a instituição estivesse passando por um processo de "Certificação de Qualidade" durante a coleta de dados, estes conceitos não se mostraram internalizados na equipe multiprofissional em geral.

Quanto à definição de EP proposta pela PNEPS, apenas dois profissionais têm clareza do que se trata a EP. Eles relataram que:

> “Na EP você trabalha as questões do seu cotidiano, os problemas do cotidiano, você fundamenta estes problemas a partir daquilo que você vive no dia a dia, você busca isso na literatura como resolver e você volta pra discussão com a intenção de mudar a prática.” (P25)
>
> “EP vem da necessidade do serviço.” (P34).

Este conhecimento se deve ao fato de que eles participam de outras instituições onde a EP já é implementada. Ainda assim, o profissional da primeira fala não referencia como deveria ser o funcionamento da EP ou sua implementação. Porém, a partir delas é possível visualizar a importância da EP como instrumento de mudança institucional. A EP favorece o desenvolvimento da crítica, o relacionamento interpessoal e o envolvimento dos colaboradores com os problemas do cotidiano, tornando todos corresponsáveis na resolução destes.

Por outro lado, as seguintes falas expressaram as confusões conceituais entre EP e EC:

> “EP pra mim é você estabelecer aquilo, não sei se é o certo, é você estabelecer uma rotina e ela segue. A continuada é você, de período em período, você dar continuidade naquilo.” (P22)
>
> “A educação continuada é uma coisa contínua que vai estar... e a educação permanente é uma coisa mais em serviço.” (P10)
>
> “Não consigo ver diferença. Porque EC seria uma coisa que não se interrompe, ela...que é do termo “continuada”. E uma EP... eu não consigo ver diferença.” (P13).

Isto posto, trazemos à discussão os termos continuada e permanente. A Política Nacional de Educação em Saúde[36] traz como conceito que a EC é uma estratégia “descontínua” de capacitação. A EP incorpora ensino e aprendizagem ao cotidiano, problematizando o próprio fazer, continuadamente. No sentido literário as palavras são sinônimas, ambas conotam a ideia de continuidade. Dessa forma, os profissionais que buscam o entendimento pelo sentido literário da palavra realmente se confundem e acreditam que ambas são estratégias semelhantes de capacitação. Como ser continuada agindo de forma “descontínua”? Seria o momento de repensarmos uma nomenclatura mais adequada? A fala do P13 deixa claro essa necessidade de adequação semântica. É desejável, que os termos sejam claros, que se evitem confusões. Os profissionais não são da área da educação, mas da saúde. As informações publicadas sugerem a necessidade de serem mais claras, concisas. As conceituações sobre EC e EP não explicitam como desenvolvê-las.

Além dessa confusão semântica, outros fatores contribuem para este contexto de desinformação: os profissionais têm carga laboral expressiva, muitos agregam mais de um vínculo empregatício, o que dificulta a busca por novos conhecimentos e a participação em

eventos a respeito.

Outra questão observada é a suposta falta de interesse ou perfil resignado de muitos profissionais que, após a graduação, se conformaram em apenas desenvolver as atividades cotidianas, sem disposição para desenvolvimento pessoal e profissional. Algumas falas sugeriram certo teor de desmotivação ao citarem a ausência de planos de carreira e sentimento de desvalorização profissional:

> "Isto acaba desmotivando quem já está desenvolvendo um bom trabalho" (P11).

Percepções desta natureza, de certo modo, justificam a falta de interesse em buscar novos conhecimentos, pois o investimento tanto de tempo quanto financeiro não traz o retorno esperado. Neste sentido, seria favorável uma política de saúde que preservasse os direitos dos profissionais de terem carga única de trabalho, de modo que lhes fossem garantidas condições de vida adequadas. Sabemos, por experiência, que a qualidade de vida do profissional de saúde é diretamente proporcional à qualidade do atendimento que ele presta no exercício de sua profissão.

Considerando os motivadores do indivíduo adulto, o sentimento de desvalorização provoca insatisfação, consequentemente refletindo no cuidado. A humanização para com todos os colaboradores e o reconhecimento profissional seriam o estímulo inicial para um bom trabalho, com capacidade de extensão a toda equipe multiprofissional.

O fato desta Santa Casa ainda não dispor de um serviço de EP implantado para uma capacitação profissional que dê subsídios para a discussão dos temas abordados pode se apresentar como um dos fatores limitantes na busca da referida excelência na qualidade assistencial. Apesar dos direcionamentos do CQH, entendemos que mesmo que o cuidado seja tecnicamente assertivo, ainda corre-se o risco de não atender à humanização proposta pelo SUS. As discussões na EP propiciam a transformação das pessoas quando favorece o desenvolvimento da empatia. Compreender-se como ser humano é o marco inicial para tratar o próximo da mesma forma e, assim, entender o usuário como uma pessoa com necessidades particulares num momento de fragilidade física e emocional.

Para a implantação da EP é desejável que os gestores conheçam seus pressupostos, potencialidades e fragilidades. Do contrário, possivelmente pode imbricar no baixo investimento até então proposto para este fim. Esta afirmação é confirmada em:

> "A hora que a gente fala de treinamento, de investimento, a gente acaba priorizando estes investimentos [em outras áreas]." (P26)

De um modo geral, as percepções sobre excelência e qualidade na assistência se referem a atendimento acolhedor, empático, com segurança, otimizando os recursos disponíveis, com foco no cliente. Entretanto os profissionais desconhecem a profundidade

dos conceitos de Necessidades de Saúde e Integralidade. Observamos isto em:

> "Excelência na qualidade é atender o paciente como um todo, desde a sua necessidade básica até uma necessidade de atender familiar, de atender a sua doença, atender o paciente como um todo, com segurança." (P27)

Neste caso, a expressão "como um todo" se apresenta de forma subjetiva e inconclusiva, dando a conotação de "jargão", onde a essência do conceito é desconhecida, dando a falsa impressão de que o entendimento é amplo e fundamentado.

Embora esta compreensão, um entrevistado ainda faz uma ressalva quanto aos programas de qualidade disponíveis dizendo que:

> "O meu receio é que os programas de qualidade possam romper um pouco com a experiência da integralidade." (P23)

Ao considerarmos o referencial teórico de Integralidade, essa colocação se mostra muito pertinente, uma vez que as ações utilizadas nos programas de Gestão da Qualidade sugerem "padronização de normas e condutas", o que de certa forma pode interferir na percepção das necessidades de saúde do cliente por parte dos profissionais. Uma vez que a maioria dos profissionais foi formada no modelo biologista e assim propagam suas práticas, a forma com que se der a padronização de normas e rotinas pode interferir na visão biopsicossocial dos clientes de forma favorável ou não.

Baseados nestas colocações, os profissionais sugeriram estratégias para a melhoria da qualidade da assistência prestada pela referida Santa Casa.

Entre as sugestões, uma das mais evidentes foi a gestão institucional, ao afirmarem

> "Acho que a principal estratégia: planejamento, gestão." (P37)

Neste sentido, ainda revelam uma necessidade intrínseca para a excelência na qualidade quando relatam que:

> "Eu acho que talvez uma aproximação maior do corpo diretivo com o corpo assistencial direto: equipe médica, de enfermagem, etc." (P32)
>
> "Principalmente a relação entre a provedoria, direção técnica e direção clínica com os membros da Santa Casa." (P31)

Fazendo uma analogia ao termo "escuta atenta" que referenciamos quando tratamos de NS[2,33], no âmbito profissional se faz necessária esta mesma escuta atenta por parte dos gestores com relação ao seu contingente profissional.

Estas afirmações corroboram o que traz a literatura quando se refere à qualidade como "uma consequência de uma gerência integrada, sistêmica e coerente que crie condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital. Ela envolve planejamento, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda a organização".[65]

Além disso, os gestores e demais profissionais precisam compreender – de fato e

não somente no discurso - que o ser humano é resultante da integração das dimensões biológica, psicológica e social.

O potencial da EP é a possibilidade de promover a aproximação das equipes e discussão dos problemas de saúde presentes no cotidiano, tendo as relações interpessoais como base. A condição indispensável para isso é a compreensão do significado e potencialidades da EP, principalmente pelos dirigentes da instituição e facilitadores do processo da EP. A EPS ocorre em âmbito coletivo, caracteriza-se pela formação integral e contínua, aborda temas que surgem das necessidades identificadas no cotidiano e possibilita a mudança de práticas.[44] Assim, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes.[43]

Em termos comerciais e de competitividade no mercado, a certificação de qualidade para um prestador de serviços é um diferencial considerável, daí a importância deste trabalho com foco em resultados.

Assim, concluímos que os profissionais deste colegiado, por vários motivos, desconhecem os referenciais citados e, por isso, não visualizam a importância da implantação da EP. O conhecimento, de senso comum, é dificultado pela literatura imprecisa e que não deixa clara a vantagem da EP e suas contribuições para as instituições.

RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Os profissionais explicitaram sobre a importância e a necessidade das ações se darem em equipe multiprofissional para o sucesso das estratégias propostas pela Santa Casa:

> "Depende muito do empenho, da formação, da liderança e depende de toda uma equipe de forma geral. Não só a enfermagem, como toda a equipe multidisciplinar em torno do paciente." (P8)
>
> "Atender todas as necessidades deste paciente, da melhor forma onde todas as equipes consigam fazer tudo do jeito que precisa ser feito." (P10)

A OMS define saúde como *"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade."*[75] A definição de saúde da OMS vem de encontro com a nossa compreensão do ser humano - homem biopsicossocial.

Nesta perspectiva, evidencia-se a criação de um modelo *biopsicossocial de atenção* que entenda o processo saúde – doença como produto de múltiplos fatores. Estes fatores seriam de cunho biológico, comportamentais, psicológicos e ambientais.[76]

Na área da educação em saúde há interesse em mudança do modelo biológico da prática para o biopsicossocial/holístico/integral. Como aludido no referencial teórico e na discussão da categoria 1) desta pesquisa o problema não é o modelo da prática

profissional. O cerne da questão é a compreensão que cada profissional tem sobre o ser humano. São duas as possibilidades: a) ser humano como conjunto de sistemas (nervoso, cardiocirculatório, respiratório, digestório etc.) e b) ser humano como resultante de a) em articulação com o meio ambiente e a dimensão mental.

Há dois tipos de profissionais: aquele cuja compreensão do ser humano é a possibilidade a) e aquele que compreende o ser humano como possibilidade b). O profissional a) trata da doença e b) trata da doença, doente e outros fatores envolvidos no desenvolvimento do estado de saúde e doença.

Pelo exposto depreende-se que tratar da doença ou o doente e outros fatores não é questão da mudança de modelo da prática profissional. O essencial é a compreensão integral do ser humano (figura 1). Sem essa compreensão os princípios da integralidade do SUS, recomendações das DCN, clínica ampliada e escuta atenta caem no vazio.

Concluindo, para aquele profissional que compreende o ser humano como unidade mente/corpo em interação com o meio ambiente não há necessidade de recomendar que pratique a medicina integral. É inerente à sua prática.

Outro aspecto a considerar é a utilização das palavras multiprofissional e multidisciplinar sem diferenciação pelos entrevistados. Mesmo nas publicações verificamos que não há consenso entre os autores.[76]

Equipe Multiprofissional de Saúde define-se como uma associação de pessoal da saúde, de formação diversa, justificada por possuir um fim último, a saber, responsabilizar-se pela saúde global de um indivíduo e sua comunidade.[76]

O trabalho multiprofissional deve ser entendido como um *conjunto de ações* e não como atos isolados de profissionais especialistas. A riqueza se encontra na complementariedade dos saberes com vistas a um objetivo comum. Para isso, a comunicação eficaz deve fazer parte do cotidiano do trabalho.

Apesar das afirmações, não foi explicitado nas falas dos entrevistados a compreensão do que se trata realmente o trabalho em equipe multiprofissional. Compreendemos que este não deve ser fragmentado em "profissões". As necessidades dos usuários devem ser discutidas articuladamente, para evitar uma assistência fragmentada e, por vezes, dispendiosa para a instituição de saúde, sem repercussões na prática do cuidado.

Entendemos que o trabalho em equipe multiprofissional deve buscar a articulação e o diálogo entre os profissionais visando a compreensão do *ser humano e a atenção integral às suas necessidades de saúde*. Ao compreendermos a integralidade em sua essência, essa forma com que se vem trabalhando atualmente rompe com a proposta do MS, quando trata da Integralidade como princípio do SUS.

Um profissional fez referência a este aspecto dizendo que:

> “A Santa Casa tem uma equipe multidisciplinar e ela precisa conversar, porque eu acho que hoje não se conversa muito. Depende muito de um liderar esta conversa.” (P34)

Ressaltamos que esta percepção é do mesmo profissional que tem clareza quanto às potencialidades da EP na prática profissional. Sua visão se mostra mais ampliada com relação aos demais entrevistados.

Diante do exposto, evidenciamos que esta Santa Casa dispõe de profissionais de várias categorias e especialidades, com um trabalho até certo ponto satisfatório, porém com a fragilidade de ainda não ter o enfoque *multiprofissional* desejado, à medida que não desenvolvem suas ações de forma dialogada e articulada. O cuidado está cada vez mais fragmentado e o profissional desmotivado. Algumas falas expressam ainda a angústia de não se sentirem valorizados:

> “[...] que o fisio participe, tenha mais voz ativa também. Eu não vejo muito isso.” (P20)

A queixa deste profissional é pertinente e a EP seria o espaço ideal para se discutir este tipo de demanda. O compartilhamento com a equipe e gestores, a reflexão e apropriação da importância de cada membro da equipe pode trabalhar a insatisfação profissional e evitar que esse sentimento chegue ao usuário. Reforçamos aqui a importância dos gestores entenderem os profissionais também como seres humanos em sua integralidade. Profissional satisfeito trabalha mais e melhor.

DIFICULDADES NO ESTABELECIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA OBTENÇÃO DA MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Grande parte dos entrevistados tem a percepção de que uma das principais estratégias é o investimento em formação, capacitação profissional e treinamentos.

No histórico da Saúde no Brasil, a EC é a ferramenta conhecida até então para o desenvolvimento de recursos humanos, por isso tão referenciada nas falas:

> “Precisamos de um treinamento, de uma educação continuada para prepararmos este funcionário para ele atuar.” (P11)
>
> “Acredito que capacitações contínuas, atualizações, reuniões de equipe multidisciplinares pra que seja traçado um perfil do paciente e que todos façam da mesma forma.” (P34)

A impressão que se tem quando referem a EC como recurso é de *adestramento*, “para que todos façam da mesma forma”. Sabemos que a aprendizagem do adulto se dá pelas situações vivenciadas no cotidiano, em torno das necessidades e interesses pessoais de cada profissional. O que for imposto pelo serviço provavelmente não trará resultados desejados. A grande preocupação

gira em torno apenas de questões técnicas, sendo o aspecto comportamental negligenciado em muitos momentos. Porém, para atender às necessidades de saúde, são necessários profissionais com adequado conhecimento técnico e com sensibilidade para entender o ser humano e suas necessidades. É preciso "humanizar".

Curiosa a percepção de alguns profissionais quanto à sugestão de controles rigorosos com finalizações punitivas:

> "Treinamento, concomitante a auditorias e avaliações." (P27)
>
> "[...] e uma fiscalização mais rigorosa, não sei se por um profissional exclusivo." (P14)
>
> "Você tem que ter uma "punição" pra poder chegar ao patamar de qualidade." (P41)

Essa percepção diverge dos pressupostos da Andragogia. Na educação de adultos os significados acompanham a experiência quando sabemos o que está acontecendo e qual importância o evento tem para nossa personalidade.[17] A punição em nada acrescentaria, pelo contrário, abortaria a oportunidade de crescimento do profissional.

Na andragogia e na ABP, recurso proposto para ser utilizado na EP, a avaliação é formativa, ou seja, baseada no acompanhamento e orientação do desenvolvimento dos aprendizes, e não punitiva. Daí a importância da avaliação da competência profissional, onde é possível identificar as fortalezas e fragilidades particulares com clareza, promovendo as áreas com maiores inconformidades.

Outras estratégias foram citadas como sendo primordiais:

> "Inserir uma visão maior da singularidade do paciente, fazer discussão de casos, reunir de fato equipes multidisciplinares." (P23)
>
> "Eu acho que uma estratégia muito importante e muito potente é a organização das equipes." (P25)
>
> "Alinhar o processo de trabalho, desde a documentação até o treinamento." (P27)
>
> "É necessária uma reorganização nas redes de saúde." (P28)

As intenções são as melhores possíveis. Porém entendemos que as mudanças no sistema conforme citadas seriam pouco impactantes diante do desafio proposto, pois o foco no cliente é desviado para outras questões importantes, porém secundárias neste momento. As propostas seriam bem sucedidas a partir de um trabalho de sensibilização, através da EP, promovendo a compreensão dos profissionais quanto ao *ser humano na sua integralidade*, uma vez que esse entendimento é essencial ao profissional de saúde, pois a partir disso suas ações na identificação das necessidades de saúde serão abrangentes ou fragmentadas.[4]

Este entendimento viabilizaria todas as outras iniciativas e muitas das propostas seriam apenas consequências desta compreensão.

Os profissionais colocaram outras estratégias que poderiam ser impactantes na qualidade dos serviços prestados. Foram citados a adequação do número de profissionais, melhoria de salários, plano de carreira, reconhecimento e autonomia profissional

> "Primeira coisa contratar mais funcionários." (P3)
>
> "Nós precisávamos ter uma oferta de um bom salário. E a pessoa [deveria] ter dentro das tuas atividades um plano de trabalho, um plano de carreira, que vai te oferecendo oportunidades para estudos e para ir crescendo." (P11)
>
> "Eu acho que tem que ter coisas que mostrem pro profissional o que seria melhor e a entidade escutar a gente nos vários requisitos." (P19)

Esta desmotivação é preocupante no que tange ao comprometimento dos profissionais, pois a aprendizagem é modulada pelas emoções, pelo nível de consciência e pelos estados de ânimo[23]. Sabemos que maior aprendizagem organizacional corresponde a maiores índices de sucesso na realização de novas ações com menor resistência pelos indivíduos.[58]

Se a atenção dos gestores estiver voltada apenas para a satisfação do usuário e nas normas, rotinas e protocolos, corre-se o risco de perder profissionais excelentes para outros serviços com melhores perspectivas.

A gestão participativa efetiva se mostra como o caminho desejável, pois o profissional teria a liberdade de opinar sem ter medo de retaliações. Os processos seriam construídos em equipe. Participar realmente das decisões institucionais é uma forma de valorização profissional.

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH)[77] criada em 2003, tem por objetivo qualificar práticas de gestão e atenção à saúde. Essa perspectiva sugere a adoção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, gestores e usuários. É imperativo haver coerência entre discurso e prática.

Estabelecidas como prioridade as ações de treinamento, capacitação e educação em serviço, é importante que os profissionais compreendam os fundamentos da EC e EP, e o porquê da EP ser a proposta implementada pelo MS através da PNEPS.

Entre os entrevistados que indicariam a EC, temos como argumentos

> "Pra você ir para a atenção permanente, sem dúvida alguma você precisa passar pelo processo de educação continuada e ter profissionais bem atualizados e seguros do ponto de vista técnico, senão não caminha." (P23)
>
> "Me passa a impressão de continuada algo que a gente está sempre buscando, se reciclando." (P12)
>
> "Acho que a continuada daria mais resultado. Porque eu acho que é uma coisa que dá pra trabalhar mais específico com a dificuldade de cada

> equipe.” (P39)

Os entrevistados que visualizam a EP como estratégia mais adequada argumentam da mesma forma, ou seja, sem fundamentação que os justifiquem:

> “Eu penso que seria na permanente porque eu conseguiria atingir as duas no caso de não poder ter as duas.” (P28)
>
> “Eu entendo que é a EP, porque é algo que entra como uma política.” (P24)
>
> “A permanente, pelo fato dela ser permanente, recorrente.” (P9)

Tanto as argumentações a respeito da EC quanto da EP demonstram a falta de compreensão por parte dos profissionais desta Santa Casa. O entendimento da diferenciação entre ambas é primordial para a implantação da EP. Assim, mais uma vez fica evidente a confusão que trazem as palavras continuada e permanente já discutido anteriormente.

Os profissionais que, de certa forma, se aproximaram em seu cotidiano de atividades de EP, têm outra percepção acerca do exposto quando dizem que

> “Educação Permanente, porque ela emerge da fragilidade do serviço e trabalha em cima dela.” (P34)
>
> “Eu não tenho dúvida que é a EP. Porque [o funcionário] só muda o comportamento a hora que você faz uma discussão com ele e uma reflexão [da prática]. Ela trabalha na perspectiva da reflexão.” (P25)

Desta forma, entendemos que o ponto de partida deva ser um trabalho de sensibilização e capacitação sobre a EP. Após a implantação desta, problematizar as situações do cotidiano com a equipe multiprofissional evidenciando o ser humano e suas necessidades de saúde, na perspectiva da integralidade. A excelência na qualidade da assistência será a consequência do trabalho de uma equipe coesa, eficiente e eficaz.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde desta Santa Casa do interior do estado de São Paulo desconhecem os referenciais vigentes de excelência, qualidade, EC e EP. Os termos integralidade, necessidades de saúde e equipe multiprofissional também se apresentaram confusos e subjetivos. O entendimento a respeito desses termos é de senso comum. A literatura imprecisa dificulta e não deixa clara a vantagem da EP, as estratégias para sua operacionalização e suas contribuições para as instituições.

A pesquisa evidenciou que esta instituição dispõe de profissionais de várias categorias e especialidades, comprometidos com sua missão, porém com a fragilidade de ainda não ter o enfoque multiprofissional desejado, à medida que não desenvolvem suas ações de forma dialogada e articulada. A percepção fragmentada do ser humano interfere diretamente no cuidado prestado.

Dessa forma, propomos uma sensibilização e capacitação de todos os colaboradores da referida Santa Casa sobre a EP e suas potencialidades. Após a implantação desta, problematizar o cotidiano evidenciando o ser humano e suas necessidades de saúde, na perspectiva da integralidade.

Considerando os princípios da andragogia, a ABP se mostra como o método adequado para desenvolver as atividades da EP, pois está em conformidade com a Medicina Baseada em Evidências.

A fragilidade deste estudo reside no fato de que a pesquisa foi realizada em uma Santa Casa do interior. Com isso, fica evidente a necessidade da realização de novos estudos em outras instituições congêneres para aprofundamento desta discussão.

REFERÊNCIAS

1. Cyrino EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública. 2004;20(3):780-8.

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 3 out 2001. [citado24 maio 2015]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf

4. Tsuji H, Aguilar-Silva, RH. Aprender e ensinar na escola vestida de branco. São Paulo (SP): Phorte; 2010.

5. How to read clinical journals: I. "Why to read them and how to start reading them critically". Can Med Assoc J. 1981;124(5):555-8.

6. Altman DG. The scandal of poor medical research. BMJ. 1994;308(6924):283- 4.

7. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: uma metassíntese. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):170-85.

8. Massaroli A, Saupe R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde [Internet].2005. Projeto de pesquisa aprovado e financiado pelo CNPq, Processo 402044/2005-3. [citado 2015 jan 16]. Disponível em:www.abennacional.org.br/2SITEn/Arquivos/N.045.pdf

9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

10. Kant I. Crítica da razão pura. São Paulo (SP): Nova Cultural; 1987.

11. Castañon GA. Construtivismo, inatismo e realismo: compatíveis e complementares. Ciênc Cogn [Internet]. 2007 [citado 13 out 2015];10:115-31. Disponível em:http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/629

12. Becker F. O que é construtivismo? Rev Educ AEC, 1992;21(83):7-15.

13. Becker F. Epistemologia genética: perspectivas e temores. Rev Psicol Unesp. 2012;11(2):81-98.

14. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(4):631-5.

15. Peres CM. Vieira MNCM. Altafim ERP. Mello MB. Suen KS. Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias de aprendizagem. Medicina (Ribeirão Preto) 2014;47(3):249-55.

16. Queiroz CTA, Moita FMGSC. As tendências pedagógicas e seus pressupostos [Internet]. Campina Grande; Natal (RN): UEPB/UFRN; 2007. [citado 13 out 2015]. Disponível em: http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geografia/fundamentos_soci o_filosoficos_da_educacao/Fasciculo_09.pdf

17. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2009.

18. Nogueira SCM. A Andragogia: que contributos para a prática educativa? Rev Linhas. 2004;5(2):333-56.

19. Miccoli L. A experiência na linguística aplicada ao ensino de línguas estrangeiras: levantamento, conceituação, referências e implicações para pesquisa. Rev Bras Linguíst Apl. 2006;6(2):207-48.

20. Saupe R, Yoshioca MR, Arruda ALG. Andragogia na educação em enfermagem. Cogitare Enferm. 1998;3(2):74-80.

21. Rocha EF. Os dez pressupostos andragógicos da aprendizagem do adulto: um olhar diferenciado na educação do adulto [Internet]. São Paulo (SP): Associação Brasileira de Educação a Distância; 2013. [citado25 jan 2016]. Disponível em: http://www.abed.org.br/arquivos/os_10_pressupostos_andragogicos_ENILTO N.pdf

22. Santos CCR. Andragogia: aprendendo a ensinar adultos. [Internet] Resende (RJ); 2006. [citado 9nov 2015]. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos10/402_ArtigoAndragogia.pdf

23. Izquierdo I. Memória. 2a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

24. Lucchese R, Barros S. Pedagogia das competências: um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem: uma revisão da literatura. Acta Paul Enferm.2006;19(1):92-9.

25. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.

26. Organização Internacional do Trabalho. Certificação de competências profissionais:Glossário de termos técnicos. Brasília (DF): OIT; 2002. Competência; p. 22.

27. Silva LAA, Bonacina DM, Andrade A, Oliveira TC. Desafios na construção de um projeto de EPS. Rev Enferm UFSM. 2012;2(3):496-506.

28. Ceccim RB. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2012;6(2):253-77.

29. Moretto VP. Prova: um momento privilegiado de estudo: não um acerto de contas. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): DP&A; 2004.

30. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposta da EPS na atualização da equipe de saúde em Diabetes Mellitus. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):531- 7.

31. Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5a ed. Curitiba (PR): Positivo; 2010. Necessidades; p. 1457.

32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

33. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2001.p. 113-26.

34. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999. 201 p.

35. Arouca LS. O discurso sobre a educação permanente (1960-1983). Pro- Posições. 1996;7(2):65-78.

36. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p. 39-58.

37. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):605-10.

38. Freire P. Educação e mudança. 20a.ed.Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1994.

39. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3a ed. São Paulo (SP): Moraes; 1980.

40. Freire P. Pedagogia do oprimido. 58a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2014.

41. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 51a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2015.

42. Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva DSR, Santos MP, Costa HOG. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Rev Bras Enferm. 2003;56(4):392-5.

43. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

44. Rossi SS. Formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde, um caminho para a mudança [dissertação]. São Paulo (SP): Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014. 15p.

45. Costa VCI. Aprendizagem baseada em problemas (PBL). Rev Távola Online [Internet] 2011. [citado 15 jul 2014]. Disponível em: http://www.grupoverdeciencia.com.br/revista/wp-content/uploads/kalins- pdf/singles/aprendizagem-baseada-em-problemas-pbl.pdf

46. Pereira EA, Martins JR, Alves VS, Delgado EI. A contribuição de John Dewey para a educação. Rev Eletrônica Educ [Internet]. 2009 [citado 6fev 2016];3(1):154-61. Disponível em: http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/38

47. David T, Patel L, Burdett K, Rangachari P. Problem-based learning in medicine: a pratical guide for students and teachers. London: The Royal Society of Medicine Press; 1999.

48. Venturelli J. Educacion medica: nuevos enfoques, metas y métodos: imminencia y necesidad del cambio en el caminho de la equidade, calidad y eficiencia de una salud para todos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997.

49. Barrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. Med Educ. 1986;20(6):481-6.

50. Berbel NN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface Comum Saúde Educ. 1998;2(2):139-54.

51. Diaz Bordenave J, Pereira, AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 13a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1993.

52. Alves R. Ostra feliz não faz pérola. São Paulo (SP): Planeta do Brasil; 2008.

53. Alves R. Lições do velho professor. Campinas (SP): Papirus; 2013.

54. Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5a ed. Curitiba (PR): Positivo; 2010. Problematizar; p.1711.

55. Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5a ed. Curitiba (PR): Positivo; 2010. Método; p. 1386.

56. Silva WB, Delizoicov D. Aprendizagem baseada em problemas e metodologia da problematização: perspectivas epistemológicas, diferenças e similitudes. In: Anais do 5º Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências; 28 nov – 2 dez 2005; Bauru, Brasil. Bauru (SP): ABRAPEC; 2006. p. 316-34.

57. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina baseada em evidências. 2a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

58. Diaz Bordenave J. Alguns fatores pedagógicos. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos – CADRHU. Natal (RN): Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN; 1999. p. 261-8.

59. Berbel NAN. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Rev Diálogo Educ. 2012;12(35):103-20.

60. Kim DH. The link between individual and organizational learning. Sloan Manage Rev. 1993;35(1):37-50.

61. Teixeira CC, Cabral KB. Construindo o conceito de qualidade no serviço de saúde [Internet]. Campo Grande (MS): Portal Educação; 2014. [citado 17 dez 2015]. Disponível em: http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/58105/construindo-o- conceito-de-qualidade-no-servico-de-saude

62. Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5a ed. Curitiba (PR): Positivo; 2010. Qualidade; p. 1746.

63. Fadel MA, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. Rev Adm Pública. 2009;43(1):7-22.

64. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

65. Vidal ECF, Novais CVON, Vidal ECF, Fonseca FLA. Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 1-3 out 2013; Belo Horizonte (MG), [Internet]. Belo Horizonte (MG): ABRASCO; 2013. [citado 13 jan 2016]. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/152.pdf

66. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Mundo Saúde. 2011;35(5):319-31.

67. Vuori H. A qualidade da saúde. Divulg Saúde Debate. 1991:(3):17-24.

68. Miguel PAC, Salomi GE. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. Rev Produção. 2004;14(1):12-30.

69. Silva AMBS, Farias DLG, Vieira FO, Santos VM. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do Estado do Rio de Janeiro: Estudo de caso comparativo. In:6º Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 05-07 ago 2010; Niterói (RJ) [Internet]. Niterói (RJ): UFF; 2010. [citado 16 jan 2016]. Disponível em http://www.inovarse.org/filebrowser/download/9394

70. Porto MA. Missão e visão organizacional: orientações para sua concepção [Internet]. Porto Alegre (RS): ABREPO; 1997. [citado 18 jan 2016]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep1997_t4105.pdf

71. Santa Casa de Misericórdia de Marília. Missão, Visão e Valores [Internet]. Marília (SP): Santa Casa de Misericórdia de Marília; 2014.[citado 12 jan 2016]. Disponível em: http://www.santacasamarilia.com.br/pagina.php?id=21

72. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

73. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2001.

74. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.

75. World Health Organization. Basic documents [Internet]. 48th ed. Geneva: World Health Organization; 2014. Constitution of the World Health Organization. p. 1-19 [cited 2016 Feb 2]. Available from: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf

76. Bruscato WL, Kitayama MMG, Fregonese AA, David JH. O trabalho em equipe multiprofissional. In: Bruscato WL, Benedetti C, Lopes SRA. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo (SP): Casa do psicólogo; 2004.p. 33-9.

77. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, Formação e intervenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

APÊNDICE A INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Título da pesquisa: "Percepção dos profissionais de saúde sobre a necessidade da implementação da Educação Permanente para melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário."

Profissão:______________________________

Tempo de formação: ____________________

Formação / especialização:_______________

Tempo de trabalho na Instituição:__________

Questões Norteadoras

1. O que você entende por excelência na qualidade do atendimento prestado em saúde?
2. Quais estratégias seriam necessárias para melhorar a qualidade da assistência prestada pela santa casa?
3. Pra você o que é Educação Continuada? E Educação Permanente?
4. Destas, qual você acha mais adequada para atingir este objetivo de excelência (pessoal e institucional)?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESOLUÇÃO N° 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012

Título: ”Percepção dos profissionais de saúde sobre a necessidade da implantação da Educação Permanente para melhoria da qualidade da assistência em saúde.”

Pesquisador Eliane Amanda Simões / RG 28343742-X

Orientador: Dr. Hissachi Tsuji / CRM 13962

Telefone para Contato: (14) 996914596 - pesquisador

Vimos, através deste documento, convidá-lo para participar da pesquisa:”Percepção dos profissionais de saúde sobre a necessidade da implantação da Educação Permanente para melhoria da qualidade da assistência em saúde” **como voluntário.**

Esclarecemos que você não é obrigado a participar da referida pesquisa e que, a qualquer momento, caso você aceite o convite, poderá desistir da participação e retirar o seu consentimento. Sua recusa em participar não acarretará nenhum prejuízo a você. Esclarecemos também que, se você aceitar o convite, deverá assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, quando receberá uma cópia do mesmo, onde constarão endereço e telefone do pesquisador principal, para que você possa tirar qualquer dúvida sobre o projeto e sobre sua participação.

Objetivo: Este projeto objetiva compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a necessidade da impntação da Educação Permanente para melhoria da qualidade da assistência em saúde.

Procedimentos do Estudo: Estudo de caso realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de diversas áreas de uma Santa Casa do interior do estado de São Paulo.

Riscos: A participação na pesquisa não oferece riscos. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade da pessoa.

Confidencialidade: Os resultados obtidos nos estudos serão mantidos em sigilo; porém, poderão ser divulgados em publicações científicas, desde que os dados pessoais do participante não sejam mencionados.

Pagamento: O participante não terá nenhum tipo de despesa no desenrolar da pesquisa e também não receberá nenhum tipo de pagamento pela participação.

Após leitura atenta dos esclarecimentos acima, solicitamos que o seu consentimento para participar da pesquisa seja dado de forma livre e esclarecido. Para tanto, pedimos que preencha os itens que se seguem e, posteriormente, assine o documento.

Eu,____, RG__________________ declaro, para fins de direito, que li atentamente todas as informações acima e fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Eliane Amanda Simões sobre procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios, custos, confidencialidade da pesquisa, garantia de que, a qualquer momento, posso retirar o meu consentimento, sem que isso me acarrete qualquer tipo de penalidade. Declaro, igualmente, que recebi da acima citada uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que concordo em participar da pesquisa.

Marília,__________de____________________de 20__________

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

Eliane Amanda Simões (pesquisadora)
RG 28.343.742-X SSP/SP
Av. Maria F. Cavalari, 3150 apto 801
Tel. (14) 99691-4596
Email: elianeamandasimoes@hotmail.com

Dr. Hissachi Tsuji (Orientador)
CRM-SP 13962
Tel. (14) 3433-0977
Email: htsuji@famema.br

ELIANE AMANDA SIMÕES - Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília (1997). Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, de 1999 aos dias atuais. Pós graduação Lato Sensu em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde (2001). Pós graduação Lato Sensu em Formação Didático-pedagógica em Enfermagem (2012). Mestrado profissional "Ensino em Saúde", término em 2016. MBA Executivo em Gestão em Saúde, pelo IPOG Florianópolis (2021). Docente na Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral - FAEF Garça, nas disciplinas Semiologia aplicada à Enfermagem, Saúde da Criança e do Adolescente (2018). De 01/02/2019 a 03/07/2019 atuou como responsável técnica de unidade de internação SUS na Santa Casa de Misericórdia de Marília. De 04/07/2019 aos dias atuais trabalha como enfermeira na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU UFSC pela EBSERH. http://lattes.cnpq.br/9529444554402966

HISSACHI TSUJI - Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1968), Mestrado em Medicina pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1990) e Doutorado em Medicina pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1995). Mestrado Profissionalizante pela UNIFESP/EPM (2006). Diretor de Graduação da faculdade de Medicina de Marília(2004-2009). Atualmente é docente da Disciplina de Endocrinologia daFaculdade de Medicina de Marília. Tem experiência na área de Endocrinologia, com ênfase em Ciências da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: obesidade, obesidade abdominal, mulheres adultas e restrição alimentar. http://lattes.cnpq.br/5116580349853024

EDUCAÇÃO PERMANENTE E APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Potencialidades na gestão em Saúde

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2023